

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN INTRAPARTAL GRANDE MULTIGRAVIDA
DENGAN PERSALINAN NORMAL DI KLINIK BERSALIN**

PUSKESMAS SIKUMANA

TANGGAL 06 S/D 13 SEPTEMBER 2016



OLEH:

ALBERTINA Y. LANGKAMENG

NIM: 132 111 151

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG**

2016

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN INTRAPARTAL GRANDE MULTIGRAVIDA
DENGAN PERSALINAN NORMAL DI KLINIK BERSALIN**

PUSKESMAS SIKUMANA

TANGGAL 06 S/D 13 SEPTEMBER 2016

**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan
Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan**



OLEH:

ALBERTINA Y. LANGKAMENG

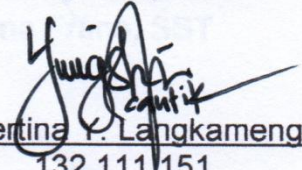
NIM: 132 111 151

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG**

2016

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Laporan Tugas Akhir dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN INTRAPARTAL GRANDE MULTIGRAVIDA DENGAN PERSALINAN NORMAL DI KLINIK BERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA”** ini adalah hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi mana pun.

Kupang, Desember 2016
Yang Menyatakan

Albertina Y. Langkameng
132.111.151

LEMBAR PERTSETUJUAN

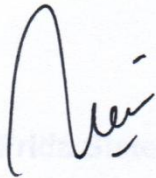
Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui

Pada tanggal:

Kupang, 20 Desember 2016

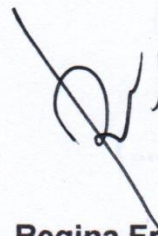
Menyetujui

Pembimbing I



Maria C.F Djeky, SST., M.Kes

Pembimbing II



Regina Frans, SST

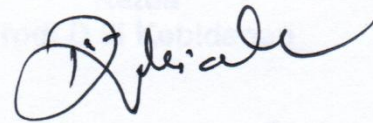
Mengetahui,

**Ketua
STIKes CHM-Kupang**



drg. Jeffrey Jap, M.Kes

**Ketua
Prodi D III Kebidanan**



Ummu Zakiah, SST., M.Keb

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir ini dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN INTRAPARTAL GRANDE MULTIGRAVIDA DENGAN PERSALINAN NORMAL DI KLINIK BERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA”** telah disetujui dan diajukan dalam seminar Laporan Tugas Akhir Mahasiswa atas nama : Albertina Yuningsih Langkameng, Nim 132111151 Program Studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang, benar-benar telah diuji dan dipertahankan didepan tim penguji ujian Laporan Tugas Akhir pada tanggal, .

Tim Penguji :

Ketua : Frida Sisternike Pay, SST., M.Kes

(.....)

Anggota : 1. Maria C.F Djeky, SST., M.Kes

(.....)

2. Regina Frans, SST


(.....)

Mengetahui,

Ketua
STIKes CHM-Kupang

Ketua
Prodi D III Kebidanan


drg. Jeffrey Jap, M.Kes


Ummu Zakiah, SST., M.Keb

BIODATA PENULIS

1. Biodata

- a. Nama : Albertina Yuningsih Langkameng
- b. Tempat/ Tgl Lahir : Kupang, 14 Juni 1995
- c. Agama : Kristen Protestan
- d. Alamat : Kuanino Swakarya II. No.4

2. Riwayat Pendidikan

- a. Tahun 2006 : Tamat SD GMIT 01 Alor Kalabahi
- b. Tahun 2009 : Tamat SMP Negeri 2 Mola Alor Kalabahi
- c. Tahun 2013 : Tamat SMA Negeri 10 Kupang
- d. Tahun 2013 Sampai Sekarang menyelesaikan Pendidikan Program Diploma III Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada Mandiri Kupang.

MOTO

**“PEMENANG
BUKANLAH ORANG
YANG TIDAK PERNAH
GAGAL, MELAINKAN
ORANG YANG TIDAK
PERNAH BERHENTI
BERUSAHA”**

PERSEMBAHAN

Laporan Tugas Akhir ini Saya Persembahkan Kepada:

Tuhan Yesus Kristus yang begitu mengasihi saya,

Kepada bapa dan mama Love of my Life,

Kakak Yumima, Kakak Eben, Kakak Hana

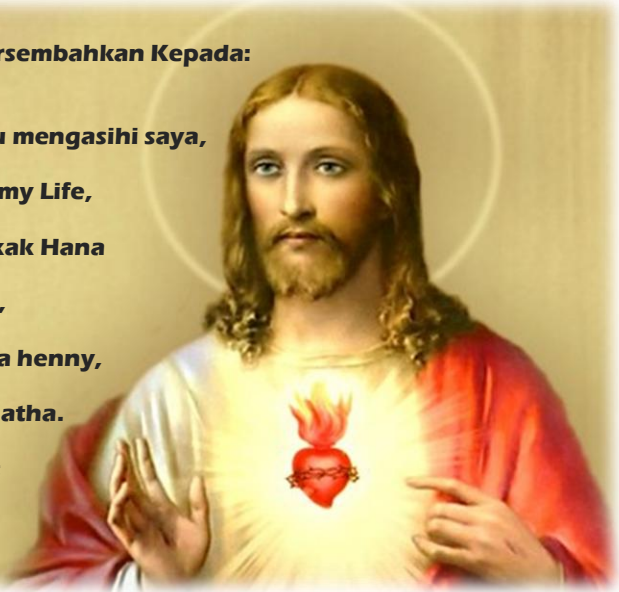
dan Kakak Nuel My twins Yunita,

Dan sahabat – sahabat, vebby, ka henny,

ka.mery, yoland, kolind, Vira, ka atha.

Serta Almamater Tercinta STIKes

Citra Husada Mandiri Kupang.



ABSTRAK

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Citra Husada Mandiri Kupang
Jurusan Kebidanan Kupang
Studi Kasus, Desember 2016.

ALBERTINA Y. LANGKAMENG

NIM : 132.111.151

**ASUHAN KEBIDANAN PADA INTRAPARTAL GRANDE MULTI GRAVIDA
DENGAN PERSALINAN NORMAL DI KLINIK BERSALIN PUSKESMAS
SIKUMANA KUPANG TANGGAL 06 SEPTEMBER S/D 13 SEPTEMBER 2016.**

Latar Belakang: Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologis yang normal dalam kehidupan. Kelahiran seorang bayi juga merupakan peristiwa sosial bagi ibu dan keluarga. Peran ibu adalah melahirkan bayinya, sedangkan peran keluarga adalah memberikan bantuan dan dukungan pada ibu ketika terjadi proses persalinan (Sumarah, dkk 2009). Berdasarkan data yang diperoleh dari Klinik Bersalin Puskesmas Sikumana menunjukkan bahwa tahun 2015 periode Januari-Desember jumlah ibu bersalin adalah 343 orang dan maka jumlah persalinan normal yang ditolong di Puskesmas Sikumana adalah 249 atau 72,6% (PWS Puskesmas Sikumana, 2015).

Tujuan : Dapat melaksanakan Asuhan Kebidanan pada ibu Intrapartal Grande Multipara dengan persalinan normal di Klinik Bersalin Puskesmas Sikumana dengan menggunakan metode 7 langkah Varney.

Pembahasan : berdasarkan asuhan yang dilakukan yang dimulai dengan pengumpulan data yaitu data subyektif dan obyektif, menginterpretasikan data, menentukan masalah potensial yang mungkin terjadi, menentukan tindakan segera yang dilakukan untuk mencegah terjadinya masalah potensial, membuat perencanaan berdasarkan kebutuhan ibu intrapartal, melaksanakan, mengevaluasi dan mengikuti perkembangan ibu selama pemberian asuhan. Berdasarkan teori yang dijelaskan dalam tinjauan teori dan asuhan yang dilaksanakan dalam tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan.

Kesimpulan : Hasil dari laporan tugas akhir ini adalah didapati bahwa keluhan yang dirasakan ibu adalah normal.

Kata Kunci : Asuhan Kebidanan, persalinan normal.

KATA PENGANTAR

Segala Puji serta Syukur Penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya sehingga Penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini di Klinik Bersalin Puskesmas Sikumana pada tanggal 06 s/d 13 September 2016 dengan judul ***“Asuhan Kebidanan Intra Partal Grande Multl Gravida Dengan Persalinan Normal Di Klinik Bersalin Puskesmas Sikumana”*** tepat pada waktunya. Laporan Tugas Akhir ini merupakan salah satu persyaratan memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd. Keb) di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini, penulis merasa bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan laporan ini, karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat edukatif dan membangun dari semua pihak guna perbaikan dan kesempurnaan Laporan Tugas Akhir ini.

Penulis sangat berterimakasih kepada Maria C. F. Djeky, SST, M.Kes selaku pembimbing I dan Regina Frans, SST selaku pembimbing II yang dengan sabar telah banyak membantu dan membimbing penulis dalam proses penyusunan Laporan Tugas Akhir ini. Penulis juga mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ir. Abraham Paul Liyanto selaku Pembina Yayasan Citra Bina Insan Mandiri Kupang yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas bagi peneliti sehingga dapat menyelesaikan pendidikan Diploma III di Jurusan Kebidanan.
2. drg. Jeffrey Jap, M. Kes selaku Ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah mengijinkan peneliti melaksanakan studi kasus.
3. Ummu Zakiah, SST, M.Keb selaku Ketua Program Studi D-III Kebidanan yang selalu memotivasi peneliti dalam melaksanakan penulisan studi kasus.
4. Frida S. Pay, SST, M.Kes selaku ketua tim penguji yang telah meluangkan waktu untuk menjadi penguji dalam studi kasus ini.

5. Bapa dan Mama tercinta serta kakak dan adik tersayang yang telah memberikan dukungan, motivasi, dan moril serta doa selama penulis menyelesaikan laporan studi kasus ini.
6. Sahabat-sahabatku Ka.Merry, Vira, Kolin, Yolan, Ina, Febby Moy, dan Kakak Heny Nepa Fai terimakasih untuk dukungan selama ini.
7. Teman-teman Kebidanan D dan teman-teman angkatan VI serta semua pihak yang telah membantu penulis dengan caranya masing-masing selama penulis menempuh pendidikan.

Semoga Tuhan membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan dan dukungan dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Kiranya Laporan Tugas Akhir ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Kupang, Desember 2016

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN COVER LUAR	i
HALAMAN COVER DALAM	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
BIODATA PENULIS.....	vi
MOTTO	vii
PERSEMBAHAN	viii
ABSTRAK.....	ix
KATA PENGANTAR	x
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR TABEL.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR SINGKATAN.....	xviii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	3
1.3. Tujuan Penulisan.....	3
1.4. Manfaat Penelitian.....	5
1.5. Metode Penulisan.....	6
1.6. Sistematika penulisan.....	7
BAB II TINJAUAN KASUS	8
2.1. Konsep Dasar Persalinan Normal.....	8
2.1.1 Pengertian	8
2.1.2 Klasifikasi Persalinan	9
2.1.3 Sebab – Sebab Mulainya Persalinan	10

2.1.4 Tahapan Persalinan.....	11
2.1.5 Perubahan Fisiologi	14
2.1.6 Tujuan Asuhan Persalinan	29
2.1.7 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan	30
2.1.8 Tanda – Tanda Persalinan.....	33
2.1.9 Mekanisme Persalinan Normal	36
2.1.10 Posisi – Posisi Saat Meneran	41
2.2. Konsep Dasar Grandemultigravida.....	60
2.2.1 Pengertian Grandemultigravida	60
2.2.2 Prinsip Dasar Grandemultigravida	61
2.2.3 Komplikasi	61
2.2.4 Dalam Kehamilan	61
2.3. Partograf	62
2.4. Konsep Asuhan Kebidanan Dengan Pendekatan Manajemen Kebidanan Padalbu Persalinan Normal	76
2.4.1 Pengertian Menejemen Kebidanan	76
2.4.2 Tujuan Menejemen Kebidanan	77
2.4.3 Prinsip dan langkah – Langkah Menejemen Kebidanan.....	77
2.4.5 Menejemen Kebidanan	78
BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	99
3.1 Desain Penelitian dan Rancangan Penelitian	99
3.1.1 Desain Penelitian	99
3.1.2 Rancangan Penelitian	99
3.1.3 Kerangka Kerja (Frame Work).....	100
3.2 Kerangka Teori.....	101
3.3 Populasi Dan Sampling	102
3.3.1 Populasi	102
3.3.2 Sampel.....	102
3.3.3 Sampling.....	103
3.4 Pengumpulan Data Dan Analisis Data.....	103

3.5 Etika penelitian	105
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	107
4.1. Hasil Penelitian.....	107
4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian	107
4.1.2 Pengkajian	108
4.1.3 Interpretasi Data Dasar	111
4.1.4 Antisipasi Masalah Potensial	112
4.1.5 Tindakan Segera	112
4.1.6 Perencanaan	113
4.1.7 Pelaksanaan	114
4.1.8 Evaluasi	114
4.2. Pembahasan	117
4.2.1 Pengkajian	118
4.2.2 Analisa Masalah Dan diagnosa.....	119
4.2.3 Antisipasi Masalah Potensial	120
BAB V PENUTUP	126
5.1 Simpulan	126
5.2 Saran	126
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

No.	Judul	Halaman
	Gambar 2.1 Posisi Miring Atau Lateral.....	42
	Gambar 2.2 Posisi Jongkok	42
	Gambar 2.3 posisi merangkak	43
	Gambar 2.4 Posisi Semi Duduk.....	44
	Gambar 2.5 patograf.....	75
	Gambar 2.6 Pathway	75

DAFTAR TABEL

No.	Judul	Halaman
	Tabel 2.1 Persiapan Alat/ Bahan	48

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 ASKEB

Lampiran 2 Lembar Konsultasi

DAFTAR SINGKAT

ANC	: Antenatal care
APD	: Alat Pelindung Diri
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
CPD	: Cepalo Pelvic Disiensi
DJJ	: Denyut jantung Janin
DTT	: Desinfektan Tingkat Tinggi
DS	: Data Subyektif
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
HB	:Hemoglobin
KB	: keluarga Berencana
KEK	: Kekurangan Energi Kinetik
KMS	: Kartu Menuju Sehat
KPD	: Ketuban pecah Dini
KU	: Keadaan Umum
LILA	: Lingkar Lengan
MRS	: Masuk Rumah Sakit
PAP	: Pintu Atas Panggul
OUE	: Osteum Uteri Eksternum
OUI	: Osteum Uteri Intenum
UK	: Usia Kehamilan
PI	: Pencegahan Infeksi
PPV	: Perdarahan Pervaginam
PWS	: Pemantauan Wilayah Setempat
TBBJ	: Tafsiran Berat Badan Janin
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TM	: Trimester

TTV : Tanda-tanda Vital
TD : Tekanan darah
USG : Ultrasonografi.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Fokus asuhan persalinan normal adalah persalinan bersih dan aman serta mencegah terjadinya komplikasi (APN, 2007). Secara umum, persalinan berlangsung alamiah, tetapi tetap diperlukan pemantauan khusus karena setiap ibu memiliki kondisi kesehatan yang berbeda-beda, sehingga dapat mengurangi risiko kematian ibu dan janin pada saat persalinan. Selain itu selama kehamilan ataupun persalinan dapat terjadi komplikasi yang mungkin dapat terjadi karena kesalahan penolong dalam persalinan, baik tenaga non kesehatan seperti dukun ataupun tenaga kesehatan khususnya bidan. Persalinan merupakan proses alami atau fisiologis, setiap perempuan yang menginginkan kehamilan dan bayinya, pastilah akan melalui proses persalinan (Sondakh, 2013). Persalinan adalah proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembekuan dan dilatasi serviks akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur (Rohani, 2011).

Menurut riset Kesehatan Dasar pada tahun 2013, di Indonesia jumlah kelahiran yang terjadi di fasilitas kesehatan berjumlah 70,4% sedangkan 29,6% melahirkan di rumah/ lainnya dengan proporsi

pertolongan oleh tenaga kesehatan terendah di Papua yaitu 57, 7% dan tertinggi di Yogyakarta mencapai 99% (Riskesdas, 2013). Jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan di kota Kupang dalam tahun terakhir 2013 menjadi 91% (Profil Kesehatan Kota Kupang). Puskesmas Sikumana adalah puskesmas PONED (Penanganan Obstetri Dan Neonatal Emergensi Dasar) yang memiliki fasilitas klinik bersalin. Dalam pemantauan wilayah setempat (PWS) Puskesmas Sikumana menunjukkan bahwa tahun 2015 periode Januari-Desember jumlah ibu bersalin adalah 343 orang dan maka jumlah persalinan normal yang ditolong di Puskesmas Sikumana adalah 249 atau 72,6% (PWS Puskesmas Sikumana, 2015).

Kehamilan dan persalinan dapat berkembang menjadi masalah atau komplikasi setiap saat. Sebagian besar saat kehamilan dan persalinan baik pada ibu maupun bayi yang bisa menjadi fatal dan mungkin dapat mengancam jiwa ibu dan bayi. Komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan bayi adalah kelainan letak/ presentasi janin, partus macet atau distosia, perdarahan pasca persalinan, infeksi berat/ sepsis, plasenta previa, Intra Uterine Fetal Death (IUFD), BBLR, dan asfiksia (Kemenkes RI, 2013).

Salah satu upaya menurunkan AKI melalui program safe motherhood yaitu mengurangi kemungkinan seorang ibu hamil mengalami komplisai dalam kehamilan dan memastikan bahwa

komplikasi di deteksi sedini mungkin serta ditangani secara memadai melalui pelayanan antenatal. Dalam pelayanan antenatal setiap wanita hamil mengalami dan menghadapi risiko komplikasi yang bisa mengancam jiwanya (Prasetiawati, 2012). Oleh karena itu setiap wanita hamil sebaiknya melakukan minimal 4 kali kunjungan antenatal selama kehamilan untuk mendeteksi sedini mungkin komplikasi saat kehamilan maupun saat persalinan (Saifudin, dkk, 2002).

Berdasarkan kasus di atas penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “***Asuhan Kebidanan Intrapartal Grande Multigravida di Klinik Bersalin Puskesmas Sikumana Kota Kupang***” dengan pendekatan Manajemen Asuhan Kebidanan menurut 7 langkah Varney.

1.2. Rumusan Masalah

Dari data latar belakang di atas maka dapat diambil rumusan masalah sebagai berikut “*Bagaimana Manajemen Asuhan Kebidanan pada Intrapartal Grande Multi Gravida*” di Klinik Bersalin Puskesmas Sikumana Kupang?”

1.3. Tujuan

1.3.1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan kebidanan intrapartal grande multigravida di klinik bersalin Puskesmas Sikumana sesuai tujuh langkah varney.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian data dasar *Asuhan Kebidanan intrapartal grande multi gravida dengan persalinan normal* di klinik bersalin puskesmas Sikumana Kupang.
2. Mahasiswa mampu menganalisis dan menginterpretasi data untuk menegaskan diagnosa/masalah aktual pada *intrapartal grande multigravida dengan persalinan normal* di klinik bersalin puskesmas Sikumana Kupang.
3. Mahasiswa mampu menganalisis masalah potensial pada *intrapartal grande multigravida dengan persalinan normal* di klinik bersalin puskesmas Sikumana Kupang.
4. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan segera pada *intrapartal grande multigravida dengan persalinan normal* di klinik bersalin puskesmas Sikumana Kupang.
5. Mahasiswa mampu merencanakan tindakan dalam *asuhan kebidanan intrapartal grande multigravida dengan persalinan normal* di klinik bersalin puskesmas Sikumana Kupang.
6. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan *asuhan kebidanan intrapartal grande multigravida dengan persalinan normal* di klinik bersalin puskesmas Sikumana Kupang.

7. Mahasiswa mampu mengevaluasi terhadap *asuhan kebidanan yang diberikan pada intrapartal grande multigravida dengan persalinan normal* di klinik bersalin puskesmas Sikumana Kupang.
8. Mahasiswa mampu menganalisis kesenjangan antara teori dan penatalaksanaan *asuhan kebidanan intrapartal grande multigravida dengan persalinan normal* di klinik bersalin puskesmas Sikumana Kupang.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Teoritis.

Dapat menambah ilmu pengetahuan dalam penerapan proses manajemen asuhan kebidanan intrapartal grande multi gravida dengan persalinan normal sehingga dapat digunakan sebagai masukan dalam pengembangan laporan tugas akhir berikutnya.

1.4.2. Praktis

1. Bagi penulis

Dapat menambah ilmu pengetahuan bagi penulis dalam penatalaksanaan asuhan kebidanan intrapartal grande multigravida.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat menjadi dokumen dan bahan bacaan bagi mahasiswi kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri

Kupang, sehingga pengembangan ilmu pengetahuan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan dapat tercapai.

3. Bagi Tempat Penelitian

Menjadi gambaran informasi sehingga dapat meningkatkan manajemen asuhan kebidanan pada ibu intrapartal grande multigravida dengan persalinan normal.

4. Bagi Masyarakat

Dengan mengetahui kasus ini masyarakat lebih waspada dan akan meningkatkan kunjungan antenatal pada ibu hamil dan untuk mendeteksi dini komplikasi yang akan terjadi.

1.5. Metode Penulisan

Menggunakan metode tinjauan kasus.

1. Wawancara / anamnese

Komunikasi langsung yang bertujuan mencari informasi untuk melengkapi data pasien dengan cara berkomunikasi langsung dengan ibu dan keluarga.

2. Observasi

Dengan cara mengamati perilaku dan keadaan pasien

3. Studi dokumentasi

Mempelajari dan melengkapi dengan cara melihat catatan dan status pasien.

4. Studi pustaka : Dari buku-buku penunjang.

1.6. Sistematika Penulisan

Dalam penulisan laporan ini berdasarkan sistematika penulisan sebagai berikut :

BAB IPENDAHULUAN :Meliputi Latar Belakang, Rumusan Masalah, Tujuan,Manfaat Penulisan, Metode Penulisan, dan Sistematika penulisan

BAB IITINJAUN TEORI :Meliputi konsep dasar teori dan manajemen asuhan kebidanan intrapartal grande multigravida di ruang bersalin Puskesmas Sikumana

BAB III TINJAUN KASUS : Meliputi desain penelitian, populasi, sampel, sampling, kriteria sampel, identifikasi variable, definisi variable, definisioperasional, lokasi dan waktu penelitian, teknik pengolahan data, instrumen, etika penelitian, keterbatasan

BAB IVPENELITIAN DAN PEMBAHASAN

BAB V PENUTUP : Berisi tentang kesimpulan dan saran

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1. Konsep Dasar Persalinan Normal

2.1.2. Pengertian

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (Asuhan Persalinan Normal, 2007). Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada umur kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan posisi belakang kepala yang berlangsung 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohadjo, 2008). Persalinan adalah proses pengeluaran janin cukup bulan, lahir secara spontan dengan presentasi belakang kepala, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput ketuban dari tubuh ibu, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Nurasiah dkk, 2012).

2.1.2. Klasifikasi Persalinan

1. Menurut cara persalinan

- a. Partus biasa atau normal disebut juga partus spontan, adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit.
- b. Partus luar biasa (abnormal) ialah persalinan pervaginam dengan bantuan alat-alat atau melalui dinding perut dengan operasi cesarea.

2. Menurut tua (umur) kehamilan :

- a. Abortus (keguguran) adalah terhentinya kehamilan sebelum janin dapat hidup (viable) dan berat janin dibawah 1000 gram sampai dengan tua kehamilan di bawah 28 minggu.
- b. Partus prematurus adalah persalinan dari hasil konsepsi pada kehamilan 28-36 minggu, janin dapat hidup tetapi prematur, berat janin antara 1000-2500 gram.

- c. Partus maturus atau aterm (cukup bulan) adalah partus pada kehamilan 37-40 minggu, janin matur, berat badan diatas 2500 gram.
- d. Partus postmaturus (serotinus) adalah persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari waktu partus yang ditaksir, janin disebut postmatur.
- e. Partus presipitatus adalah partus yang berlangsung cepat, mungkin dikamar mandi, di atas mobil dan sebagainya.
- f. Partus percobaan adalah suatu penelitian kemajuan persalinan untuk memperoleh bukti tentang ada atau tidaknya disproporsi sefalopelvik.

2.1.3. Sebab-Sebab Mulainya Persalinan

Menurut (Asrinah, 2010) Sebab-sebab mulainya persalinan yaitu:

- a. Penurunan hormone progesteron
 Pada akhir kehamilan kadar progesterone menurun menjadikan otot rahim sensitive sehingga menimbulkan his.
- b. Kerengangan otot-otot
 Otot rahim akan merenggang dengan majunya kehamilan, oleh karena isinya bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya atau mulai persalian.
- c. Peningkatan hormone oksitosin

Pada akhir kehamilan hormone oksitosin bertambah sehingga dapat menimbulkan his.

d. Pengaruh janin

Hypofise dan kelenjar suprarenal pada janin memegang peranan dalam proses persalinan, oleh karena itu pada anencepalus kehamilan lebih lama dari biasanya.

e. Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan dari desidua meningkat saat umur kehamilan 15 minggu. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin menimbulkan kontraksi myometrium pada umur kehamilan

f. Plasenta menjadi tua

Dengan tuanya kehamilan plasenta menjadi tua, Vili corialis mengalami perubahan sehingga kadar progesteron dan estrogen menurun.

2.1.4. Tahapan Persalinan

Menurut (Nurasiah dkk, 2012). Tahapan persalian dibagi menjadi 4 kala yaitu:

a. Kala I Persalinan

Dimulai sejak adanya his yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya yang menyebabkan pembukaan, sampai serviks membuka lengkap (10 cm). kala I terdiri dari dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

b. Fase laten

1). Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan pembukaan sampai pembukaan 3 cm.

2). Pada umumnya berlangsung 8 jam.

a. Fase aktif, dibagi menjadi 3 fase, yaitu :

1) Fase akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

2) Fase dilatasi maksimal

Dalam waktu 2 jam pembukaan serviks berlangsung cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.

3) Fase deselerasi

Pembukaan serviks menjadi lambat, dalam waktu 2 jam dari pembukaan 9 cm menjadi 10 cm.

Pada primipara, berlangsung selama 12 jam dan pada multipara sekitar 8 jam. Kecepatan pembukaan serviks 1 cm/jam (primipara) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).

1. Kala II (dua) Persalinan

Persalinan Kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Tanda pasti Kala II (dua) ditentukan melalui pemeriksaan dalam yang hasilnya adalah:

- a. Pembukaan serviks telah lengkap (10cm).
- b. Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina

Proses Kala II berlangsung 2 jam pada primipara dan 1 jam pada multipara. Dalam kondisi yang normal pada Kala II kepala janin sudah masuk dasar panggul, maka pada saat his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflek menimbulkan rasa mencedan. Wanita merasa adanya tekanan pada rectum dan seperti akan buang air besar, kemudian perineum mulai menonjol dan melebar dengan membukannya anus. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak di vulva saat ada his. Jika dasar panggul sudah berelaksasi, kepala janin tidak masuk lagi diluar his. Dengan kekuatan his dan mencedan maksimal kepala dilahirkan dengan suboksiput dibawah simpisis dan dahi, muka, dagu melewati perineum. Setelah his istirahat sebentar, maka his akan dimulai lagi untuk mengeluarkan anggota badan bayi.

2. Kalla III (tiga) persalinan.

Persalinan Kalla III dimulai segera setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta serta selaput ketuban yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan dari fundus uteri (Nurasiah dkk, 2012).

3. Kalla IV (empat) persalinan

Kalla IV persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta sampai 2 jam post partum.

2.1.5. Perubahan Fisiologis Dan Psikologis Selama Persalinan

Perubahan fisiologis dan psikologis kala I

1) Perubahan fisiologi kala I :

a) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan kenaikan diastolic rata-rata 5-10 mmHg. Diantara kontraksi uterus, tekanan darah kembali normal pada level sebelum persalinan. Rasa sakit, takut dan cemas juga akan meningkatkan tekanan darah.

b) Metabolisme

Metabolisme karbohidrat *aerobic* maupun metabolisme *anaerobic* akan naik secara berangsur disebabkan karena

kecemasan serta aktifitas otot skeletal. Peningkatan ini ditandai dengan kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernafasan, kardiak output, dan kehilangan cairan.

c) Suhu badan

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, terutama selama persalinan dan segera setelah kelahiran. Kenaikan suhu di anggap normal jika tidak melebihi 0.5-1 °C.

d) Denyut jantung

Detak jantung secara dramatis naik selama kontraksi. Antara kontraksi, detak jantung sedikit meningkat di bandingkan sebelum persalinan.

e) Pernafasan

Terjadi peningkatan metabolisme, maka terjadi peningkatan laju pernafasan yang di anggap normal.

f) Perubahan pada ginjal

Poliuri sering terjadi selama persalinan, di sebabkan oleh peningkatan filtrasi glomerulus dan peningkatan aliran plasma ginjal. Proteinuria yang sedikit di anggap biasa dalam persalinan.

g) Perubahan gastrointestinal

Motilitas lambung dan absorpsi makan padat secara substansial berkurang banyak sekali selama persalinan. Selain itu, pengeluaran getah lambung berkurang, menyebabkan aktivitas

pencernaan hampir berhenti, dan pengosongan lambung menjadi sangat lamban. Cairan tidak berpengaruh dan meninggalkan perut dalam tempo yang biasa. Mual atau muntah biasa terjadi sampai mencapai akhir kala I.

h) Perubahan hematologi

Hematologi meningkat sampai 1,2 gram/100 ml selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan sehari setelah pasca persalinan kecuali ada perdarahan post partum.

2) Perubahan psikologi kala I :

a) Pengalaman sebelumnya

Fokus wanita adalah pada dirinya sendiri dan fokus pada dirinya sendiri ini timbul ambivalensi mengenai kehamilan seiring usahanya menghadapi pengalaman yang buruk yang pernah ia alami sebelumnya, efek kehamilan terhadap kehidupannya kelak, tanggung jawab, yang baru atau tambahan yang akan di tanggunginya, kecemasan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk menjadi seorang ibu.

b) Kesiapan emosi

Tingkat emosi pada ibu bersalin cenderung kurang bisa terkendali yang di akibatkan oleh perubahan-perubahan yang terjadi pada dirinya sendiri serta pengaruh dari orang-orang

terdekatnya, ibu bersalin biasanya lebih sensitive terhadap semua hal. Untuk dapat lebih tenang dan terkendali biasanya lebih sering bersosialisasi dengan sesama ibu-ibu hamil lainnya untuk saling tukar pengalaman dan pendapat.

c) Persiapan menghadapi persalinan (fisik, mental, materi)

Ibu bersalin cenderung mengalami kekhawatiran menghadapi persalinan, antara lain dari segi materi apakah sudah siap untuk menghadapi kebutuhan dan penambahan tanggung jawab yang baru dengan adanya calon bayi yang akan lahir. Dari segi fisik dan mental yang berhubungan dengan risiko keselamatan ibu itu sendiri maupun bayi yang di kandungnya.

d) Support system

Peran serta orang-orang terdekat dan di cintai sangat besar pengaruhnya terhadap psikologi ibu bersalin biasanya sangat akan membutuhkan dorongan dan kasih sayang yang lebih dari seseorang yang di cintai untuk membantu kelancaran dan jiwa ibu itu sendiri.

Perubahan fisiologis dan psikologis kala II

1) Perubahan fisiologi pada kala II

a) Tekanan darah

Tekanan darah dapat meningkat 15 samapai 25 mmHg selama kontraksi pada kala dua. Upaya mengedan pada ibu juga dapat

mempengaruhi tekanan darah, menyebabkan tekanan darah meningkat dan kemudian menurun dan pada akhirnya berada sedikit diatas normal. Oleh karena itu, diperlukan evaluasi tekanan darah dengan cermat diantara kontraksi. Rata-rata peningkatan tekanan darah 10 mmHg di antara kontraksi ketika wanita telah mendedan adalah hal yang normal (Varney, 2008).

b) Metabolisme

Peningkatan metabolisme yang terus-menerus berlanjut sampai kala dua disertai upaya mendedan pada ibu yang akan menambah aktivitas otot-otot rangka untuk memperbesar peningkatan metabolisme (Varney, 2008).

c) Denyut nadi

Frekuensi denyut nadi ibu bervariasi pada setiap kali mendedan. Secara keseluruhan, frekuensi nadi meningkat selama kala dua persalinan disertai takikardi yang mencapai puncaknya pada saat persalinan (Varney, 2008).

d) Suhu

Peningkatan suhu tertinggi terjadi pada saat persalinan dan segera setelahnya. Peningkatan normal adalah 0,5 sampai 1°C (Varney, 2008).

e) Perubahan Sistem Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney, 2008).

f) Perubahan Ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal (Varney, 2008).

g) Perubahan Gastrointestinal

Penurunan motilitas lambung berlanjut sampai kala dua. Muntah normalnya hanya terjadi sesekali. Muntah yang konstan dan menetap merupakan hal yang abnormal dan kemungkinan merupakan indikasi komplikasi obstetrik, seperti ruptur uterus (Varney, 2008).

h) Dorongan mengejan

Perubahan fisiologis terjadi akibat kontinuitas kekuatan serupa yang telah bekerja sejak jam-jam awal persalinan, tetapi aktivitas ini mengalami akselerasi setelah serviks berdilatasi lengkap namun, akselerasi ini tidak terjadi secara tiba-tiba. Beberapa wanita merasakan dorongan mengejan sebelum serviks berdilatasi lengkap dan sebagian lagi tidak merasakan aktivitas ini sebelum sifat ekspulsif penuh (Myles, 2009).

i) Perubahan Hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1.2 gm /100ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal (Varney, 2008).

2) Perubahan Psikologis pada Kala II

- a) Ketidaknyamanan saat bersalin ibu merasakan nyeri akibat kontraksi uterus yang semakin kuat dan semakin sering, berkeringat dan mulas ini juga menyebabkan ketidaknyamanan.
- b) Badan selalu kegerahan, karena saat ini metabolisme ibu meningkat denyut jantung meningkat, nadi, suhu, pernapasan meningkat ibu berkeringat lebih banyak, akibatnya ibu merasa lelah sekali kehausan ketika bayi sudah di lahirkan karena tenaga habis dipakai untuk meneran.
- c) Tidak sabaran, sehingga harmoni antara ibu dan janin yang dikandungnya terganggu. Hal ini disebabkan karena kepala janin sudah memasuki panggul dan timbul kontraksi-kontraksi pada uterus. Muncul rasa kesakitan dan ingin segera mengeluarkan janinnya.

- d) Setiap ibu akan tiba pada tahap persalinan dengan antisipasinya dan tujuannya sendiri serta rasa takut dan kekhawatiran. Para ibu mengeluh bahwa bila mampu mengejan terasa lega. Tetapi ibu lain sangat berat karena intensitas sensasi yang dirasakan. Efek yang dapat terjadi pada ibu karena mengedanyaitu *exhaustion* , ibu merasa lelah karena tekanan untuk mengejan sangat kuat.

Perubahan fisiologis dan psikologis kala III

1) Perubahan fisik pada kala III

a) Perubahan Uterus

Involusi uterus merupakan suatu proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot – otot polos uterus (Ambarwati, 2010).

b) Perubahan Serviks

Kala III persalinan serviks dan segmen bawah uteri dan menjadi struktur yang tipis kolaps dan kendur. Mulut serviks mengecil perlahan-lahan. Selama beberapa hari, segera setelah persalinan, mulutnya dengan mudah dapat di masuki dua jari, tetapi pada akhir minggu pertama telah terjadi demikian sempit sehingga sulit untuk memasukkan satu jari. Setelah minggu

pertama servik mendapatkan kembali tonus nya pada saat saluran kembali terbentuk dan tulang internal tertutup.

c) Perubahan Kardiovaskuler

Berhubungan dengan peningkatan metabolisme, detak jantung secara dramatis naik selama kontraksi. Antara kontraksi, detak jantung sedikit meningkat dibandingkan sebelum persalinan.

d) Perubahan Tekanan Darah

Hasil pengukuran tekanan darah seharusnya tetap stabil setelah melahirkan. Penurunan tekanan darah bisa mengindikasikan adanya hipovolemia yang berkaitan dengan hemoragi uterus. Peningkatan sistolik 30 mmHg dan diastolik 15 mmHg yang disertai dengan sakit kepala dan gangguan penglihatan, bisa menandakan ibu mengalami preeklamsia (Maryunani, 2009).

e) Perubahan Nadi

Nadi >100 x/mnt, Nadi secara bertahap kembali ke tingkat sebelum melahirkan. Peningkatan denyut nadi dapat menunjukkan infeksi, atau dehidrasi. Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Apabila denyut nadi diatas

100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi/ hemoragi pascapartum lambat (Varney, 2007)

f) Perubahan Suhu

Suhu tidak lebih dari $37,5^{\circ}$. Suhu tubuh kembali meningkat perlahan. Peningkatan suhu menunjukkan proses infeksi atau dehidrasi. Suhu maternal kembali normal dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intrapartum dan stabil dalam 24 jam pertama pascapartum (Varney, 2007).

g) Perubahan Pernafasan

Pernapasan kembali normal. Fungsi pernafasan ibu kembali ke fungsi seperti saat sebelum hamil pada bulan ke enam setelah melahirkan (Maryunani, 2009).

h) Perubahan Metabolisme

Metabolisme karbohidrat baik aerob maupun anaerob meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh ansietas dan aktivitas otot rangka. Peningkatan aktivitas metabolik terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernafasan, curah jantung, dan cairan yang hilang.

Peningkatan curah jantung dan cairan yang hilang mempengaruhi fungsi ginjal dan perlu mendapat perhatian serta ditindak lanjuti guna mencegah terjadinya dehidrasi.

i) Perubahan Ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Kandung kemih harus sering dievaluasi (setiap 2 jam) untuk mengetahui adanya distensi, untuk mencegah (1) obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin. Dan (2) trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama, yang akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urine selama periode pascapartum awal.

j) Perubahan Gastrointestinal

Konstipasi mungkin menjadi masalah pada puerperium awal karena kurangnya makanan padat selama persalinan dan karena wanita menahan defekasi. Wanita mungkin menahan defekasi karena perineumnya mengalami perlukaan atau karena ia kurang pengetahuan dan takut akan merobek atau merusak jahitan jika melakukan defekasi (Varney, 2007).

k) Perubahan Hematologi

Hemoglobin meningkat sampai 1,2 gr/100 ml, selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan sehari setelah pasca salin kecuali ada perdarahan postpartum.

2) Perubahan Psikologis pada Kala II

- a) Ibu ingin melihat, menyentuh dan memeluk bayinya
- b) Merasa gembira, lega dan bangga akan dirinya, juga merasa sangat lelah.
- c) Memusatkan diri dan kerap bertanya apakah vaginanya perlu dijahit
- d) Menaruh perhatian terhadap plasenta

Perubahan fisiologis dan psikologis kala IV

1) Fisiologi Kala IV

Persalinan kala IV dimulai sejak plasenta lahir sampai dengan 2 jam sesudahnya, adapun hal-hal yang perlu diperhatikan adalah kontraksi uterus sampai uterus kembali dalam bentuk normal. Hal ini dapat dilakukan dengan rangsangan taktil (masase) untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat. Perlu juga dipastikan bahwa plasenta telah lahir lengkap dan tidak ada yang tersisa sedikitpun dalam uterus serta benar-benar dijamin tidak terjadi perdarahan lanjut (Sumarah, 2008).

- a) Evaluasi uterus: konsistensi, atonia

Perlu diperhatikan bahwa kontraksi uterus mutlak diperlukan untuk mencegah terjadinya perdarahan dan pengembalian uterus ke bentuk normal. Kontraksi uterus yang tak kuat dan terus menerus dapat menyebabkan terjadinya atonia uteri yang

dapat mengganggu keselamatan ibu. Untuk itu evaluasi terhadap uterus pasca pengeluaran plasenta sangat penting untuk diperhatikan. Untuk membantu uterus berkontraksi dapat dilakukan dengan masase agar tidak menjadi lembek dan mampu berkontraksi dengan kuat. Kalau dengan usaha ini uterus tidak mau berkontraksi dengan baik dapat diberikan oksitosin dan harus diawasi sekurang-kurangnya selama satu jam sambil mengamati terjadinya perdarahan post partum.

b) Pemeriksaan serviks, vagina dan perineum

Hal ini berguna untuk mengetahui terjadinya laserasi (adanya robekan) yang dapat diketahui dari adanya perdarahan pasca persalinan, plasenta yang lahir lengkap serta adanya kontraksi uterus. Segera setelah kelahiran bayi, servik dan vagina harus diperiksa secara menyeluruh untuk mencari ada tidaknya laserasi dan dilakukan perbaikan lewat pembedahan kalau diperlukan. Servik, vagina dan perineum dapat diperiksa lebih mudah sebelum pelepasan plasenta karena tidak ada perdarahan rahim yang mengaburkan pandangan ketika itu. Pelepasan plasenta biasanya dalam waktu 5 sampai 10 menit pada akhir kala II.

c) Pemantauan dan evaluasi lanjut

(1) Tanda Vital

Pemantauan tanda-tanda vital pada persalinan kala IV antara lain:

- (a) Kontraksi uterus harus baik
- (b) Tidak ada perdarahan dari vagina atau alat genitalia lainnya.
- (c) Plasenta dan selaput ketuban harus telah lahir lengkap.
- (d) Kandung kencing harus kosong.
- (e) Luka-luka pada perineum harus terawat dengan baik dan tidak terjadi hematoma.
- (f) Bayi dalam keadaan baik.
- (g) Ibu dalam keadaan baik.

Pemantauan tekanan darah pada ibu pasca persalinan digunakan untuk memastikan bahwa ibu tidak mengalami syok akibat banyak mengeluarkan darah. Adapun gejala syok yang diperhatikan antara lain: nadi cepat, lemah (110 kali/menit atau lebih), tekanan rendah (sistolik kurang dari 90 mmHg, pucat, berkeringat atau dingin, kulit lembab, nafas cepat (lebih dari 30 kali/menit), cemas, kesadaran menurun atau tidak sadar serta produksi urin sedikit sehingga produksi urin menjadi pekat, dan suhu yang tinggi perlu diwaspadai juga kemungkinan terjadinya infeksi dan perlu penanganan lebih lanjut.

(2) Kontraksi uterus

Pemantauan adanya kontraksi uterus sangatlah penting dalam asuhan kala IV persalinandan perlu evaluasi lanjut setelah plasenta lahir yang berguna untuk memantau terjadinya perdarahan. Kalau kontraksi uterus baik dan kuat kemungkinan terjadinya perdarahan sangat kecil. Pasca melahirkan perlu dilakukan pengamatan secara seksama mengenai ada tidaknya kontraksi uterus yang diketahui dengan meraba bagian perut ibu serta perlu diamati apakah tinggi fundus uterus telah turun dari pusat, karena saat kelahiran tinggi fundus uterus telah berada 1-2 jari dibawah pusat dan terletak agak sebelah kanan sampai akhirnya hilang dihari ke-10 kelahiran.

(3) Lochea

Melalui proses katabolisme jaringan, berat uterus dengan cepat menurun dari sekitar 1000gr pada saat kelahiran menjadi sekitar 50 gr pada saat 30 minggu masa nifas. Serviks juga kehilangan elastisitasnya dan menjadi kaku seperti sebelum kehamilan. Selama beberapa hari pertama setelah kelahiran sekret rahim (lochea) tampak merah (lochea rubra) karena adanya eritrosit. Setelah 3 sampai 4 hari lochea menjadi lebih pucat (lochea serosa) dan di hari

ke-10 lochea tampak putih atau putih kekuningan (lochea alba). Lochea yang berbau busuk diduga adanya suatu di endometriosis

(4) Kandung Kemih

Pada saat setelah plasenta keluar kandung kencing harus diusahakan kosong agar uterus dapat berkontraksi dengan kuat yang berguna untuk menghambat terjadinya perdarahan lanjut yang berakibat fatal bagi ibu. Jika kandung kemih penuh, bantu ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya dan ibu dianjurkan untuk selalu mengosongkannya jika diperlukan, dan ingatkan kemungkinan keinginan berkemih berbeda setelah dia melahirkan bayinya.

(5) Perineum

Terjadinya laserasi atau robekan perineum dan vagina dapat diklarifikasikan berdasarkan luas robekan. Robekan perineum hampir terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Hal ini dapat dihindarkan atau dikurangi dengan cara menjaga jangan sampai dasar panggul dilalui oleh kepala janin dengan cepat. Sebaliknya kepala janin akan lahir jangan ditekan terlalu kuat dan lama.

2.1.6. Tujuan Asuhan Persalinan

Menurut (Nurasiah dkk, 2012) Tujuan asuhan persalinan adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinnya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta terintervensi minimal, sehingga prinsip keamanan dan kualitas peayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal.

Tujuan asuhan pada persalinan yang lebih spesifik adalah:

1. Memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek saying ibu dan bayi.
2. Melindungi keselamatan ibu dan bayi baru lahir (BBL), mulai dari hamil hingga bayi selamat.
3. Mendeteksi dan menatalaksana komplikasi secara tepat waktu
4. Member dukungan serta cepat bereaksi terhadap kebutuhan ibu, pasangan dan keluarganya selama persalinan dan kelahiran bayinya.

2.1.7. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Asrinah dkk (2010), faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan adalah:

1. Power (Tenaga Yang Mendorong Anak)

Power atau tenaga yang mendorong anak adalah:

- a. His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan

- b. His persalinan yang menyebabkan pendataran dan pembukaan servik, Terdiri dari: his pembukaan, his pengeluaran, dan his pelepasan uri.
- c. His pendahuluan tidak berpengaruh terhadap servik.
- d. Tenaga mengejan.
- e. Kontraksi otot-otot dinding perut.
- f. Kepala didasar panggul merangsang mengejan.
- g. Paling efektif saat kontraksi/his

2. Passage (panggul)

- a. Bagian bagian tulang panggul

Panggul terdiri dari 4 buah panggul:

1). Dua *os coxae*: *Os ischium*, *Os pubis*, *Os sacrum*, *Os illium*.

2). *Os cossygis*

Pelvis mayor disebelah atas *pelvis minor*, superior dari linea terminalis. Fungsi obsteriknya menyangga uterus yang membesar waktu hamil.

- b. Bagian-bagian pelvis minor

Pelvis minor dibagi 3 bagian: Pintu atas panggul/PAP, *Cavum pelvis*, Pintu bawah panggul.

- c. Bidang panggul.

Bidang panggul adalah bidang datar imajiner yang melintang terhadap panggul pada tempat yang berbeda. Bidang ini digunakan untuk menjelaskan proses persalinan

d. Pintu Atas Panggul.

- 1). Bidang terbesar pada cavum pelvis.
- 2). Bidang terkecil pada cavum pelvis
- 3). Pintu Bawah Panggul.

e. Passager (*fetus*).

- 1). Akhir minggu 8 janin mulai nampak menyerupai manusia dewasa, menjadi jelas pada akhir minggu 12.
- 2). Usia 12 minggu jenis kelamin luarnya sudah dapat dikenali.
- 3). Quickening (terasa gerakan janin pada ibu hamil) terjadi usia kehamilan 16-20 minggu.
- 4). DJJ mulai terdengar minggu 18/10.
- 5). Panjang rata-rata janin cukup bulan 50 cm.
- 6). Berat rata-rata janin laki-laki 3400 gram dan perempuan 3150 gram.
- 7). Janin cukup bulan, lingkaran kepala dan bahu hampir sama, hal yang menentukan kemampuan untuk melewati jalan lahir dari faktor passage.
- 8). Presentasi janin dan bagian janin yang terletak pada bagian

depan jalan lahir, seperti:

- a. Presentasi kepala (*vertex*, muka dan dahi)
- b. Presentasi bokong : bokong murni (Frank Breech), bokong kaki (Complete Breech), letak lutut atau letak kaki (Incomplete Breech)
- c. Presentasi bahu (letak lintang)

1) Sikap janin.

Hubungan bagian janin (kepala) dengan bagian janin lainnya (badan), misalnya fleksi, defleksi.

9). Posisi janin

Hubungan bagian/point penentu dari bagian terendah janin dengan panggul ibu, dibagi dalam 3 unsur :

- a. Sisi panggul ibu : kiri, kanan dan melintang
- b. Bagian terendah janin, oksiput, sacrum, dagu dan scapula
- c. Bagian panggul ibu : depan, belakang

Bentuk/ukuran kepala janin menentukan kemampuan kepala untuk melewati jalan lahir (Rohani, 2011).

2.1.8. Tanda-Tanda Persalinan

Menurut Arsinah dkk (2010) tanda dan gejala menjelang persalinan antara lain:

a. Lightening

Lightening yang mulai dirasakan kira-kira 2 minggu persalinan, adalah penurunan bagian presentasi kedalam pelvis minor. Pada presentasi sevalik, kepala bayi biasanya menancap setelah *lightening*. *Lightening* adalah sebutan bahwa kepala janin sudah turun. Sesak nafas yang dirasakan sebelumnya selama trimester ke III kehamilan akan berkurang karena kondisi ini akan menciptakan ruang yang lebih besar didalam di dalam ruang abdomen atas untuk ekspansi paru. Namun *lightening* tetap menimbulkan rasa tidak nyaman yang lain akibat tekanan bagian presentasi akibat struktur di area pelvis minor.

b. Perubahan serviks

Mendekati persalinan serviks semakin matang kalau tadinya selama masa hamil, serviks dalam keadaan menutup, panjang dan lunak, sekarang serviks masih lunak, dengan konsistensi seperti puding dan mengalami sedikit penipisan dan kemungkinan mengalami dilatasi. Evaluasi kematangan serviks akan tergantung pada individu wanita dan paritasnya. Perubahan servix diduga terjadi akibat peningkatan intensitas *Braxton hicks*. Serviks menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan.

c. His palsu

Persalinan palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang memberi pengaruh signifikan terhadap servix. Kontraksi dari persalinan palsu sebenarnya timbul akibat kontraksi *Braxton hicks* yang tidak nyeri, yang telah terjadi sejak sekitar 6 minggu kehamilan. Persalinan palsu dapat terjadi selama sehari-hari atau secara intermitten bahkan 3 atau 4 minggu sebelum awitan persalinan sejati.

d. Ketuban pecah

Pada kondisi normal, ketuban pecah pada akhir kala I persalinan. Apabila terjadi sebelum awitan persalinan, disebut ketuban pecah dini (KPD).

e. Bloody show

Plak lendir disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Plak ini menjadi sawar pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak inilah yang dimaksud sebagai bloody show.

f. Lonjakan energi

Banyak wanita mengalami lonjakan energi kurang lebih 24 sampai 48 jam sebelum awitan persalinan. Setelah beberapa hari dan minggu merasa letih secara fisik dan lelah karena hamil,

mereka terjaga pada suatu hari dan menemukan diri mereka dan bertenaga penuh. Para wanita ini merasa enerjik melakukan sebelum kedatangan bayi, selama beberapa jam sehingga mereka semangat melakukan berbagai aktifitas yang sebelumnya tidak mampu mereka lakukan, akibatnya mereka memasuki masa persalinan dalam keadaan letih. Terjadinya lonjakan energi ini belum dapat dijelaskan selain bahwa hal tersebut terjadi alamiah, yang memungkinkan wanita tersebut memperoleh energi yang diperlukan untuk menjalani persalinan. Wanita tersebut harus diberi informasi tentang kemungkinan lonjakan energi ini dan diarahkan untuk menahan diri menggunakan dan menghematnya untuk persalinan.

2.1.9. Mekanisme Persalinan Normal

Menurut (Asrinah, 2010) Dalam proses persalinan normal, kepala bayi akan melakukan gerakan-gerakan utama meliputi:

a. Turunnya kepala

Turunnya kepala dibagian dalam:

1). Masuknya kepala dalam pintu atas panggul (PAP)

- a. Masuknya kepala kedalam PAP pada primi terjadi di bulan terakhir kehamilan sedang pada multipara terjadi pada permulaan persalinan.

- b. Kepala masuk ke PAP biasanya dengan sutura sagitalis melintang dan dengan refleksi yang ringan
- c. Masuknya kepala melintasi PAP dalam kuadran synclitismus, yaitu arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang PAP atau sutura sagitalis terdapat di tengah-tengah jalan lahir/ tepat diantara simfisis dan promontorium, sehingga dari parietale depan dan belakang sama tingginya.
- d. Kepala yang dapat masuk dengan keadaan asynclitismus yaitu arah sumbu kepala janin miring dengan bidang PAP atau sutura sagitalis agak kedepan mendekati simfisis / agak ke belakang mendekati promontorium.

2). Majunya kepala

- a. Pada primi gravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk ke rongga panggul dan biasanya baru mulai pada kala II.
- b. Pada multipara majunya kepala dan masuknya kepala dalam rongga panggul terjadi secara bersamaan.
- c. Majunya kepala bersamaan dengan gerak refleksi, putar paksi dalam, dan extensi.

Etiologi majunya kepala:

- 1. Tingkat cairan intra uterin

2. Tekanan langsung oleh fundus pada bokong
3. Kekuatan megedan
4. Melurusnya badan anak oleh pelurusan bentuk rahim.

a. Fleksi

1. Dengan majunya kepala, biasanya fleksi juga bertambah hingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar.
2. Dengan fleksi kepala memasuki rongga panggul pada ukuran yang terkecil, yaitu diameter sub oksipitobregmatika 9,5 cm dan dengan sirkumferensia sub oksipitobregmatika (32cm).
3. Sampai didasar panggul, kepala janin dalam keadaan fleksi maksimal

Etiologi dari refleksi:

1. Fleksi disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pintu atas panggul, serviks, dinding npanggul/ dasar panggul.
2. Akibat sumbu kepala janin yang ekstrentik atau tidak simetris dengan sumbu lebih mendekati suboksiput, tahanan oleh jaringan dibawahnya terhadap kepala akan menurun/menurut hokum Koppel.
3. Putar paksi dalam

- a. Pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bagian bawah simfisis.
- b. Dalam hal mendedan rotasi, ubun-ubun kecil akan berputar kearah depan sampai dasar panggul, sehingga dasar panggul ubun-ubun kecil berada dibawah simfisis
- c. Putar paksi dalam merupakan usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir, khususnya bentuk bidang dan pintu bawah panggul.
- d. Putaran paksi dalam bersama dengan majunnya kepala dan tidak terjadi sampai kepala di hodge III, kadang-kadang baru setelah kepala sampai di dasar panggul.

Sebab-sebab putaran paksi dalam :

- a. Pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala.
- b. Bagian terendah kepala mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalia antara muskulus levator ani kiri dan kanan.
- c. Ukuran terendah dari bidang tengah panggul ialah diameter anterior posterior

d. Akibat kombinasi elastis diafragma pelvis dan tekanan intra uterine, disebabkan oleh his yang berulang-ulang sehingga kepala mengadakan rotasi.

e. Ekstensi

Sesudah kepala janin sampai di dasar panggul dan ubun-ubun kecil dibawah simfisis, maka dengan suboksiput sebagai hipomoklion, kepala mengadakan gerakan defleksi untuk dapat dilahirkan atau terjadilah ekstensi.

Sebab ekstensi:

1. Defleksi kepala/ ekstensi dikarenakan sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah kedepan dan atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya.
2. Bila tidak terjadi ekstensi, kepala akan tertekan pada perineum dan menembusnya.
3. Pola kepala bekerja dua kekuatan, yang satu mendesak kebawah dan yang satunya disebabkan tahanan dasar panggul yang menolaknya ke atas, sehingga kekuatannya kearah depan atas.

f. Putar paksi luar

1. Saat kepala lahir, kepala anak memutar kembali kearah punggung untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan

punggung anak atau untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam.

2. Gerakan ini disebut juga putaran resusitasi atau putaran balasan.
3. Selanjutnya putaran diteruskan hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber ischidicum sepihak.
4. Gerakan selanjutnya, ukuran bahu/ diameter bisacromial menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul.

Sebab –sebab putaran paksi luar:

Karena bahu di dalam rongga panggul menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya.

g. **Expulsi**

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai dibawah simfisis dan menjadi hypomoclon untuk kelahiran bahu belakang, kemudian bahu depan menyusul, dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir.

2.1.10. Posisi-posisi Saat Meneran

Menurut (Sondakh, 2012) Pada proses persalinan terdapat beberapa posisi meneran/ mengejan yang dapat dianjurkan dan lazim untuk digunakan. Selain dapat membantu ibu dalam

mengejan, dukungan dari keluarga khususnya suami juga akan menambah semangat ibu untuk melahirkan bayinya. Dalam prosesnya juga memberikan ibu waktu yang cukup untuk beristirahat sehingga dapat menyimpan tenaga untuk mengejan.

a. Posisi Miring atau Lateral

Posisi miring membuat ibu lebih nyaman dan efektif untuk meneran dan membantu perbaikan oksiput yang melintang untuk berputar menjadi posisi oksiput anterior dan memudahkan ibu beristirahat diantara kontraksi jika ia mengalami kelelahan dan juga mengurangi resiko terjadinya laserasi perineum (Sondakh, dkk, 2012).



Gambar 2.1 Posisi Miring atau Lateral

Keuntungan :

- 1) Oksigenisasi janin maksimal karena dengan miring kekiri sirkulasi darah ibu ke janin lebih lancar.
- 2) Memberi rasa santai bagi ibu yang letih.
- 3) Mencegah terjadinya laserasi (Sondakh, dkk, 2012).

h. Posisi Jongkok

Posisi jongkok membantu mempercepat kemajuan kala II persalinan dan mengurangi rasa nyeri (Sondakh, dkk, 2012).



Gambar 2.2 Posisi Jongkok

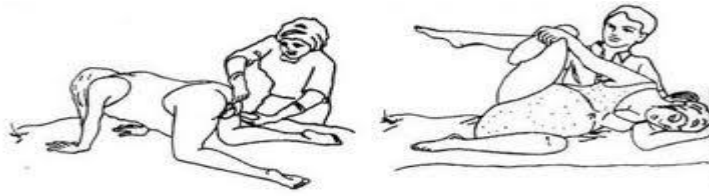
Keuntungan :

- 1) Memperluas rongga panggul, diameter tranversa bertambah 1 cm dan diameter anteroposterior bertambah 2 cm.
- 2) Persalinan lebih mudah.
- 3) Posisi ini menggunakan gaya gravitasi untuk membantu turunnya bayi.
- 4) Mengurangi trauma pada perineum. (Sondakh, 2012)

i. Posisi Merangkak

Posisi merangkak membuat ibu lebih nyaman dan efektif untuk meneran dan membantu perbaikan oksiput yang melintang untuk berputar menjadi posisi oksiput anterior dan memudahkan ibu

beristirahat diantara kontraksi jika ia mengalami kelelahan dan juga mengurangi resiko terjadinya laserasi perineum (Sondakh, dkk, 2012)



Gambar 2.3 Posisi Merangkak

Keuntungan :

- 1) Membantu kesehatan janin dalam penurunan lebih dalam ke panggul.
- 2) Baik untuk persalinan dengan punggung yang sakit.
- 3) Membantu janin dalam melakukan rotasi.
- 4) Peregangan minimal pada perineum (Sondakh, dkk, 2012).

j. Posisi Semi Duduk.

Posisi ini posisi yang paling umum diterapkan diberbagai RS/RSB di segenap penjuru tanah air. Pada posisi ini, pasien duduk dengan punggung bersandar bantal, kaki ditekuk dan paha dibuka ke arah samping. Posisi ini cukup membuat ibu merasa nyaman (Sondakh, dkk, 2012).



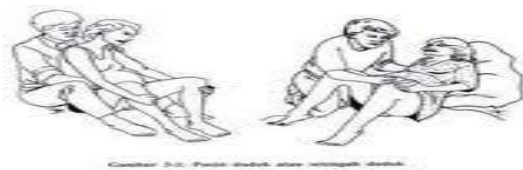
Gambar 2.4 Posisi Semi Duduk

Keuntungan :

- 1) Memudahkan melahirkan kepala bayi.
- 2) Membuat ibu nyaman.
- 3) Jika merasa lelah ibu bisa beristirahat dengan mudah.

j. Posisi duduk.

Pada posisi ini, duduklah diatas tempat tidur dengan disangga beberapa bantal atau bersandar pada tubuh pasangan. Kedua kaki ditekuk dan dibuka tangan memegang lutut dan tangan pasangan membantu memegang perut ibu.



Gambar 2.5 Posisi Duduk

Keuntungan :

- 1) Posisi ini memanfaatkan gaya gravitasi untuk membantu turunnya bayi.
- 2) Memberi kesempatan untuk istirahat di antara dua kontraksi.

- 3) Memudahkan melahirkan kepala bayi (Rohani, dkk, 2011 : 53).

k. Posisi berdiri

Menurut Sondakh (2012) menyatakan bahwa pada posisi ini ibu disangga oleh suami dibelakangnya.



Gambar 2.6 Posisi Berdiri

Keuntungan :

- 1) Memanfaatkan gaya gravitasi.

Memudahkan melahirkan kepala (Sondakh, dkk, 2012).

2.1.11. Persiapan Asuhan Persalinan Normal.

Menurut Wiknjosastro, dkk (2008)

- a. Mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.

Dimanapun persalinan terjadi, diperlukan hal-hal pokok seperti berikut :

1. Ruangan yang hangat dan bersih, memiliki sirkulasi udara yang baik dan terlindung dari tiupan angin.
2. Sumber air bersih dan mengalir untuk cuci tangan dan memandikan ibu sebelum dan sesudah melahirkan.

3. Air desinfeksi tingkat tinggi untuk membersihkan vulva dan perineum sebelum dilakukan pemeriksaan dalam dan membersihkan perineum ibu setelah bayi lahir.
 4. Kecukupan air bersih, klorin, deterjen, kain pembersih, kain pel dan sarung tangan karet untuk membersihkan ruangan, lantai, perabotan, dekontaminasi dan proses peralatan.
 5. Kamar mandi yang bersih untuk kebersihan pribadi ibu dan penolong persalinan.
 6. Tempat yang lapang untuk ibu berjalan-jalan dan menunggu saat persalinan, melahirkan bayi dan untuk memberikan asuhan bagi ibu dan bayinya setelah persalinan.
 7. Penerangan yang cukup, baik yang siang maupun malam hari.
 8. Tempat tidur yang bersih untuk ibu.
 9. Meja yang bersih atau tempat untuk menaruh peralatan persalinan.
 10. Meja untuk tindakan resusitasi bayi baru lahir.
- b. Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.

1. Periksa semua peralatan sebelum dan setelah memberikan asuhan. Segera ganti peralatan yang hilang atau rusak.
2. Periksa semua obat-obatan dan bahan-bahan sebelum dan setelah menolong persalinan.
3. Pastikan bahwa perlengkapan dan bahan-bahan sudah bersih dan siap pakai. Partus set, peralatan untuk melakukan penjahitan, dan resusitasi bayi baru lahir sudah dalam keadaan desinfeksi tingkat tinggi.

c. Persiapan rujukan.

Kaji ulang rencana rujukan bersama ibu dan keluarganya. Jika terjadi penyulit, keterlambatan untuk merujuk ke fasilitas yang sesuai dapat membahayakan jiwa ibu dan bayinya. Jika perlu dirujuk, siapkan dan sertakan dokumentasi tertulis semua asuhan yang telah diberikan dan semua hasil penilaian (termasuk partograf) untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

d. Memberikan asuhan sayang ibu.

Persalinan adalah saat yang menegangkan dan dapat menggugah emosi ibu dan keluarganya atau bahkan menjadi saat yang menyakitkan dan menakutkan bagi ibu. Upaya untuk mengatasi gangguan emosional dan pengalaman yang

menegangkan tersebut sebaiknya dilakukan melalui asuhan sayang ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayinya.

Asuhan sayang ibu selama persalinan termasuk :

- a) Memberikan dukungan emosional
 - b) Membantu pengaturan posisi ibu
 - c) Memberikan cairan dan nutrisi
 - d) Keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur
 - e) Pencegahan infeksi.
- e. Persiapan Alat/Bahan.

SAFF I	SAFF II	SAFF III
Partus set berisi : klem steril 1 pasang, gunting tali pusat 1 buah, kasa secukupnya, pengikat tali pusat, handscoen 2 pasang, ½ koher 1 buah. Hecting set berisi : pingset 2 pasang, nalfuder 1 buah, kasa 6 buah, handscoen 1 pasang, jarum hecing 1 buah, benang catgut chromic , gunting	a. Tempat plasenta b. Tensi meter c. Stethoscope d. Wadah berisi larutan clorin 0,5 % e. Sarung tangan steril dan keteter steril f. Thermometer.	1. perlengkapan ibu 2. perlengkapan bayi 3. Infuse set 4. Plastik pakaian kotor 5. peralatan APD

benang 1 buah. Kapas sublimat, air DTT, handzanitizer, obat-obatan: oxytosin 1 ampul, aquades steril, spuit 3 cc, 5 cc, 10 cc, clorin spray, korentang pada tempatnya.		
--	--	--

1. Pertolongan Kalla II

Menurut Asrinah (2010) Langkah-langkah pertolongan persalinan sesuai dengan APN (Asuhan Persalinan Normal) sebanyak 58 langkah yaitu:

Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kalla II

- a. Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran.
- b. ibu merasakan regangan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina.
- c. Perineum tampak menonjol.
- d. Vulva dan sfingter ani membuka.

2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menataksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk asfiksia tempat datar dank eras, sediakan 2 kain dan 1 handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

- a. Menggelar kain diatas perut ibu, tempat resusitasi dan ganjal bahu bayi.
- b. Menyiapkan oksitosin 10 Unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3. Memakai celemek plastik.
4. Melepas dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
5. Pakai sarung tangan DTT untuk melakukan pemeriksaan dalam.
6. Memasukan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril) pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik.
7. Membersihkan vulva dan perineum, menyangka dengan hati-hati dari depan ke belakang menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air matang (DTT).
 - a. Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang.
 - b. Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.
 - c. Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5%).

8. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.
 - a. Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, kemudian membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
10. Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi/ saat relaksasi uterus, untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160x/menit).
 - a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
 - b. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.
11. Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, bila bantu ibu untuk menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
 - a. Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu serta janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif), dan dokumentasikan semua temuan yang ada.

- b. Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan member semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
12. Meminta bantuan keluarga dalam menyiapkan posisi ibu untuk meneran (bila ada rasa ingin meneran dan gterjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi stengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
13. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran:
- a. Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
 - b. Dukung dan beri semnagat pada saat meneran, serta perbaiki cara meneran apabila tidak sesuai.
 - c. Bantu ibu mengambil posis yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
 - d. Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi
 - e. Anjurkan keluarga member dukungan dan semangat pada ibu.
 - f. Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum)
 - g. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
 - h. Segera merujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (Primigravida) atau 60 menit (1jam) meneran (multigravida).

14. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
15. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
16. Meletakkan kain bersih yang dilipat $\frac{1}{3}$ bagian di bawah bokong ibu.
17. Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
18. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
19. Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan sambil bernapas cepat dan dangkal.
20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai. Jika hal itu terjadi, segera lanjutkan proses kelahiran bayi.
 - a. Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.

- b. Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong di antara dua klem tersebut.

21. Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparetal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut, gerakan kepala ke arah bahu dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis, kemudian gerakan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.
24. Setelah badan dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk di antara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).
25. Melakukan penilaian selintas:
 - a. Apakah bayi menangis kuat dan/ atau bernapas tanpa kesulitan?
 - b. Apakah bayi bergerak aktif?

Jika bayi tidak menangis, tidak bernafas atau megap-megap, segera lakukan tindakan resusitasi (langkah 25 ini berlanjut ke

langkah-langkah prosedur resusitasi bayi bayi baru lahir dengan asfiksia).

26. Mengeringkan tubuh bayi, mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/ kain kering. Letakan bayi diatas perut ibu.
27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus
28. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (intramaskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).
30. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Dorong isi tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat
 - a. Dengan satu tangan, angkat tali pusat yang telah dijepit kemudian lakukan pengguntingan tali pusat (lindungi perut bayi) di antara 2 klem tersebut.

- b. Ikat tali pusat dengan benang DTT/ steril pada satu sisi, kemudian lingkarkan kembali benang ke sisi yang berlawanan dan lakukan ikatan kedua menggunakan simpul kunci.
 - c. Lepaskan klem dan masukan kedalam wadah yang telah disediakan.
32. Tempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit bayi. Letakan bayi dengan posisi tengkurap didada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel dengan baik di dinding dada-perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.
33. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.
34. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
35. Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menengangkan tali pusat.
36. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati ke arah dorsokranial. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan peregangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya, lalu ulangi prosedur.

37. Melakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorsokranial).
38. Saat plasenta muncul diintroitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin, kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan .
 - a. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput, kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.
39. Segera setelah plasenta dan ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar secara lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).
 - a. Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik melakukan rangsangan traktil/masase.
40. Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam kantung plastik atau tempat khusus.

41. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.
42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
43. Beri cukup waktu untuk melakukan kontak kulit ibu-bayi (di dada ibu paling sedikit 1 jam).
 - a. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara.
 - b. Biarkan bayi berada didada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.
44. Lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1mg intramaskuler di paha kiri anterolateral.
45. Berikan suntikan imunisasi Hepatitis B (setelah 1 jam pemberian vitamin K1) dipaha kanan anterolateral.
 - a. Letakan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disuse.
 - b. Letakan kembali bayi di dada ibu bila ia belum berhasil menyusui di dalam satu jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusui.

46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
 - a. 2-3 dalam 15 menit pertama pasca persalinan
 - b. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
 - c. setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan .
 - d. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.
47. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
48. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
49. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan, dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
 - a. Memeriksa temperature tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca melahirkan.
 - b. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.
50. Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa ia bernapas dengan baik (40-60 x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5°C).
51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai kedalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.

52. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
53. Membersihkan badan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan pula sisa cairan ketuban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
54. Memastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum.
55. Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%
56. Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
57. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, kemudian keringkan dengan tisu atau handuk pribadi yang kering dan bersih.
58. Melengkapi partograf (halam depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kalla IV.

2.2. Konsep Dasar Grandemultigravida

2.2.1. Pengertian Grandemultigravida

Grandemultigravida adalah ibu yang pernah hamil lima kali atau lebih secara berturut-turut, wanita yang telah melahirkan lima orang anak atau lebih dan biasanya mengalami penyulit dalam kehamilan dan persalinan (Winkjosastro, 2007). Ibu dengan parasitas anak lebih dari lima, biasanya memiliki kondisi

kesehatan fisik yang tidak terima, dan jarak antara persalinan satu dengan berikutnya kurang dari 2 tahun.

2.2.2. Prinsip Dasar Grandemultigravida

1. Grandemultigravida termasuk dalam kehamilan dengan resiko tinggi.
2. Ibu hamil dengan resiko tinggi memiliki bahaya yang lebih besar pada waktu kehamilan maupun persalinan bila dibandingkan dengan ibu hamil normal
3. Kehamilan resiko tinggi dapat dicegah bila gejalanya ditemukan sedini mungkin sehingga dapat dilakukan tindakan perbaikan.
4. Grandemultigravida memiliki komplikasi dalam kehamilan (premature) dan persalinan (atonia uteri).

2.2.3. Komplikasi

2.2.4. Dalam Kehamilan:

- 1) Perdarahan antepartum
- 2) Solusio plasenta.
- 3) Plasenta Previa
- 4) Abortus

2. Dalam Persalinan

Grandemultigravida juga bisa berakibat komplikasi pada persalinan, antara lain dengan meningkatkan resiko terjadinya atonia uteri (perdarahan pasca melahirkan), rupture uteri (robeknya dinding rahim), serta malpresentation (bayi salah posisi lahir). Perdarahan merupakan salah satu resiko besar yang harus dialami oleh ibu yang jumlah kehamilannya empat kali atau lebih, dibandingkan ibu yang hamil kurang dari empat kali. Perdarahan yang terjadi akibat Grandemultigravida tergolong hebat.

2.3. Partograf

Partograf adalah alat bantu yang digunakan pada fase aktif persalinan yang berupa catatan grafik kemajuan persalinan untuk memantau keadaan ibu dan janin. Partograf dapat dianggap sebagai sistem peringatan awal kapan seorang ibu harus dirujuk. (Asri, Dewi 2012).

Partograf dikatakan sebagai data yang lengkap bila seluruh informasi ibu, kondisi janin, kemajuan persalinan, waktu dan jam, kontraksi uterus, kondisi ibu, obat-obatan yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dicatat secara rinci sesuai cara pencatatan partograf, (JNPK, 2008).

Isi dari partograf menurut JNPK (2008), antara lain adalah:

1) Informasi tentang ibu

a). Nama dan umur; b) Gravida, para, abortus; c) Nomor catatan medik/nomor puskesmas; d) Tanggal dan waktu mulai dirawat; e) Waktu pecahnya selaput ketuban.

2) Kondisi janin:

a). Denyut jantung janin; b) Warna dan adanya air ketuban; c) Penyusupan (molase) kepala janin.

3) Kemajuan persalinan

a) Pembukaan serviks; b) Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin; c) Garis waspada dan garis bertindak

4) Waktu dan jam

a). Waktu mulainya fase aktif persalinan; b) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.

5) Kontraksi uterus

a) Frekuensi kontraksi dalam waktu 10 menit; b) Lama kontraksi (dalam detik).

6) Obat-obatan yang diberikan

- a) Oksitosin.
- b) Obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan.

7) Kondisi ibu

- a) Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh.
- b) Urin (volume, aseton atau protein).

Adapun cara pengisian partograf yaitu pencatatan dimulai saat fase aktif yaitu pembukaan serviks 4 cm dan berakhir titik dimana pembukaan lengkap atau 10 cm. Pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada.

Cara pengisian partograf adalah sebagai berikut (JNPK, 2008):

1) Lembar depan partograf.

- a) Informasi ibu ditulis sesuai identitas ibu. Waktu kedatangan ditulis sebagai jam. Catat waktu pecahnya selaput ketuban, dan catat waktu merasakan mules.

b) Kondisi janin.

(1) Denyut Jantung Janin.

Nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika terdapat tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak menunjukkan waktu 30 menit. Kisaran normal DJJ tertera diantara garis tebal angka 180 dan 100. Bidan harus waspada jika DJJ mengarah di bawah 120 per menit (bradycardi) atau diatas 160 permenit (tachikardi). Beri tanda ‘•’ (tanda titik) pada kisaran angka 180 dan 100. Hubungkan satu titik dengan titik yang lainnya.(2). Warna dan adanya air ketuban.

Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina, menggunakan lambang-lambang berikut:

U : Selaput ketuban **U**tuh.

J : Selaput ketuban pecah, dan air ketuban **J**ernih.

M : Air ketuban bercampur **M**ekonium.

D : Air ketuban bernoda **D**arah.

K : Tidak ada cairan ketuban/**K**ering.

(3) Penyusupan/molase tulang kepala janin.

Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan antar tulang (molase) kepala janin. Catat temuan yang ada di kotak yang sesuai di bawah lajur air ketuban. Gunakan lambang-lambang berikut:

0 : Sutura terpisah.

1. : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.

2. : Sutura tumpang tindih tetapi masih dapat diperbaiki.

3. : Sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki.

Sutura/tulang kepala saling tumpang tindih menandakan kemungkinan adanya CPD (*cephalo pelvic disproportion*).

c) Kemajuan persalinan

Angka 0-10 di kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks.

(1) Pembukaan serviks.

Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf setiap temuan dari setiap pemeriksaan. Nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam. Menyantumkan tanda 'X' di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks.

(2) Penurunan bagian terbawah janin.

Untuk menentukan penurunan kepala janin tercantum angka 1-5 yang sesuai dengan metode perlimaan dinilai setiap 4 jam. Menuliskan turunnya kepala janin dengan garis tidak terputus dari 0-5. Berikan tanda '0' pada garis waktu yang sesuai.

(3) Garis waspada dan garis bertindak.

(a) Garis waspada, dimulai pada pembukaan serviks 4 cm (jam ke 0), dan berakhir pada titik di mana pembukaan lengkap (6 jam). Pencatatan dimulai pada garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada, maka harus dipertimbangkan adanya penyulit.

(b) Garis bertindak, tertera sejajar, disebelah kanan (berjarak 4 jam) pada garis waspada. Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada di sebelah kanan garis bertindak maka menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan. Sebaiknya ibu harus berada di tempat rujukan sebelum garis bertindak terlampaui.

d) Jam dan waktu.

(1) Waktu mulainya fase aktif persalinan.

Setiap kotak menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

(2) Waktu aktual saat pemeriksaan atau persalinan.

Menyantumkan tanda 'x' di garis waspada, saat ibu masuk dalam fase aktif persalinan.

e) Kontraksi uterus.

Terdapat lima kotak kontraksi per 10 menit. Nyatakan lama kontraksi dengan:



: titik-titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya < 20 detik.



: garis-garis di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.



: Arsir penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya > 40 detik.

f) Obat-obatan dan cairan yang diberikan.

(1) Oksitosin. Jika tetesan drip sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan dan dalam satuan tetes per menit.

(2) Obat lain dan cairan IV. Mencatat semua dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

g) Kondisi ibu.

(1) Nadi, tekanan darah dan suhu tubuh.

(a) Nadi, dicatat setiap 30 menit. Beri tanda titik (•) pada kolom yang sesuai.

(b) Tekanan darah, dicatat setiap 4 jam atau lebih sering jika diduga ada penyulit. Memberi tanda panah pada partograf pada kolom waktu yang sesuai.

(c) Suhu tubuh, diukur dan dicatat setiap 2 jam atau lebih sering jika terjadi peningkatan mendadak atau diduga ada infeksi. Mencatat suhu tubuh pada kotak yang sesuai.

(2) Volume urine, protein dan aseton.

Mengukur dan mencatat jumlah produksi urine setiap 2 jam (setiap ibu berkemih). Jika mungkin, lakukan pemeriksaan aseton dan protein dalam urine.

2) Lembar belakang partograf.

Lembar belakang partograf merupakan catatan persalinan yang berguna untuk mencatat proses persalinan yaitu data dasar, kala I, kala II, kala III, kala IV, bayi baru lahir.

a) Data dasar.

Data dasar terdiri dari tanggal, nama bidan, tempat persalinan, alamat tempat persalinan, catatan, alasan merujuk, tempat merujuk, pendamping saat merujuk dan masalah dalam kehamilan/ persalinan.

b) Kala I.

Terdiri dari pertanyaan-pertanyaan tentang partograf saat melewati garis waspada, masalah lain yang timbul, penatalaksanaan, dan hasil penatalaksanaannya.

c) Kala II.

Kala II terdiri dari episiotomi, pendamping persalinan, gawat janin, distosia bahu dan masalah dan penatalaksanaannya.

d) Kala III

Kala III berisi informasi tentang inisiasi menyusui dini,

lama kala III, pemberian oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, masase fundus uteri, kelengkapan plasenta, retensio plasenta > 30 menit, laserasi, atonia uteri, jumlah perdarahan, masalah lain, penatalaksanaan dan hasilnya.

e) Kala IV.

Kala IV berisi tentang data tekanan darah, nadi, suhu tubuh, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan.

f) Bayi baru lahir.

Bayi baru lahir berisi tentang berat badan, panjang badan, jenis kelamin, penilaian bayi baru lahir, pemberian ASI, masalah lain dan hasilnya

Gambar 2.8 Partograf tampak belakang

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas
☐ Polindes ☐ Rumah Sakit
☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : ☐ rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
☐ Bidan ☐ Teman
☐ Suami ☐ Dukun
☐ Keluarga ☐ Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah Tsb :
12. Hasilnya :

KALA II

13. Episiotomi :
☐ Ya, Indikasi
☐ Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan
☐ Suami ☐ Teman ☐ Tidak ada
☐ Keluarga ☐ Dukun
15. Gawat Janin :
☐ Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
☐ Tidak
16. Distosia bahu :
☐ Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
☐ Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

KALA III

20. Lama kala III :menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
☐ Ya, waktu : menit sesudah persalinan
☐ Tidak, alasan
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
☐ Ya, alasan
☐ Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
☐ Ya,
☐ Tidak, alasan

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi		Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1								
2								

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

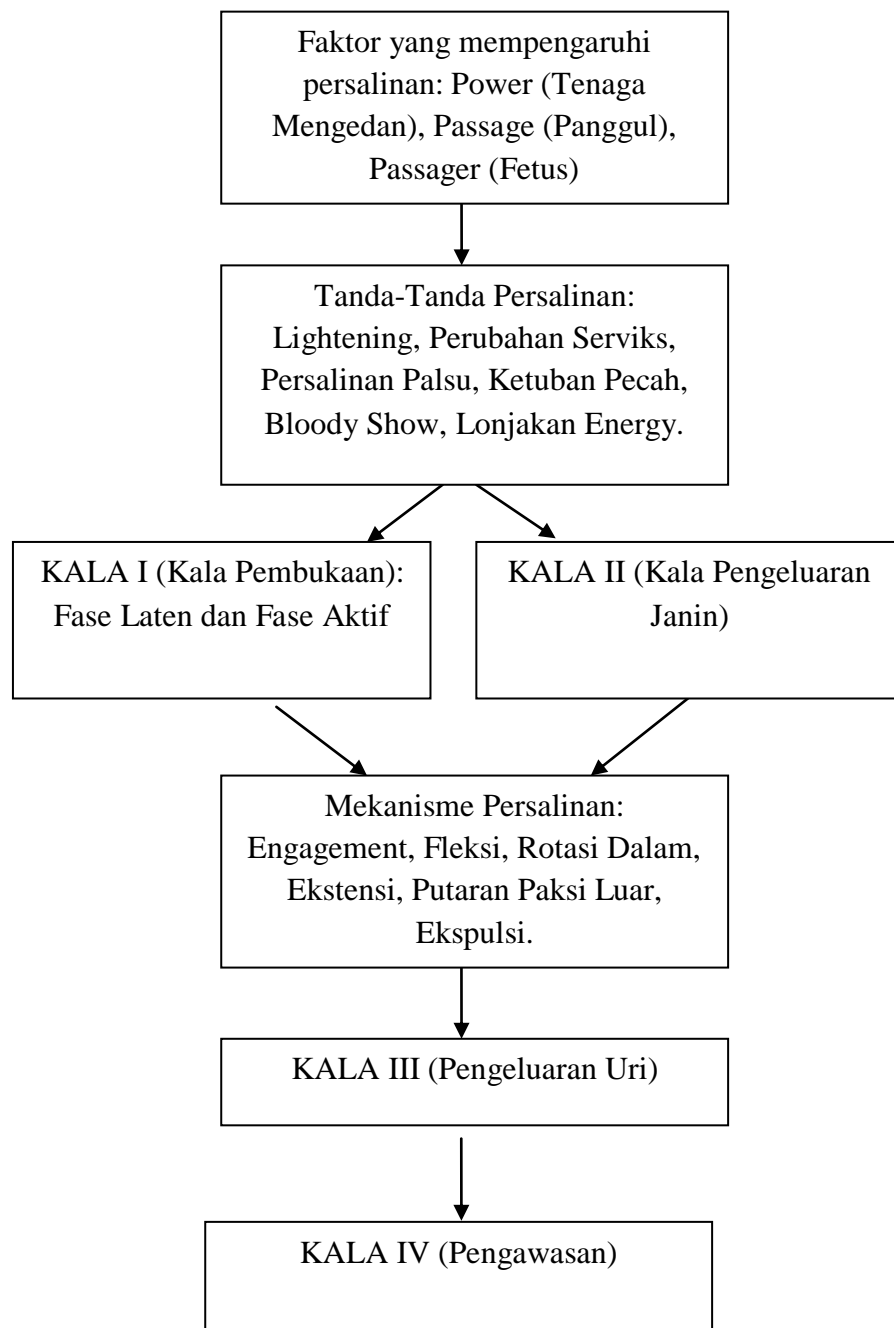
Hasilnya :

24. Masase fundus uteri ?
☐ Ya.
☐ Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 a.
 b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
☐ Ya, tindakan :
 a.
 b.
 c.
27. Laserasi :
☐ Ya, dimana
☐ Tidak.
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 Tindakan :
☐ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
☐ Tidak dijahit, alasan
29. Atoni uteri :
☐ Ya, tindakan
 a.
 b.
 c.
☐ Tidak
30. Jumlah perdarahan : ml
31. Masalah lain, sebutkan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badangram
35. Panjang cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :
☐ Normal, tindakan :
☐ mengeringkan
☐ menghangatkan
☐ rangsang taktil
☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
☐ Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas/tindakan :
☐ mengeringkan ☐ bebaskan jalan napas
☐ rangsang taktil ☐ menghangatkan
☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
☐ lain - lain sebutkan
- ☐ Cacat bawaan, sebutkan :
☐ Hipotermi, tindakan :
 a.
 b.
 c.
39. Pemberian ASI
☐ Ya, waktu :jam setelah bayi lahir
☐ Tidak, alasan
40. Masalah lain,sebutkan :
- Hasilnya :

Pathway Persalinan Normal Pada Grande Multi Gravida



Gambar 2.3 *Pathway* Persalinan Normal (Prawirohardjo, 2009)

2.3. KONSEP DASAR ASUHAN KEBIDANAN DENGAN PENDEKATAN MENEJEMEN KEBIDANAN PADA PERSALINAN NORMAL

2.3.1. Pengertian Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah kesehatan ibu dan anak yang khusus dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan kepada individu, keluarga dan masyarakat (Rohani, 2011).

Menurut Mangkuji, Betty dkk. (2013), beberapa pengertian manajemen kebidanan adalah:

1. Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis, mulai dari pengkajian, analisa data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. (50 tahun IBI).
2. Manajemen kebidanan adalah metode pendekatan dan pemecahan masalah ibu dan anak yg khusus dilakukan oleh bidan dalam memberikan askeb kepada individu, keluarga dan masyarakat. (Depkes RI).
3. Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian/tahapan yang logis

untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.
(Varney Helen).

2.3.2. Tujuan Manajemen Kebidanan

Adapun tujuan dari manajemen kebidanan menurut Varney Helen, (2008) antara lain:

- a. Untuk menunjukkan perbaikan-perbaikan yang diharapkan setelah menentukan perencanaan.
- b. Untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan tindakan yang dilakukan dan menentukan sasaran yang tepat.
- c. Untuk mengetahui kemajuan hasil dan tindakan yang akan dilakukan
- d. Untuk memecahkan suatu masalah
- e. Menimbulkan cara berpikir analitik dan kritis dengan melihat permasalahan
- f. Menjadi profesionalisme dalam mengatasi permasalahan ibu, anak dan keluarga berencana.

2.3.3. Prinsip dan Langkah-langkah Manajemen Kebidanan

Prinsip manajemen kebidanan menurut Varney Helen, (2008) yaitu: Proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar *American College of Nurse Midwife (ACNM)* terdiri atas:

1. Secara sistematis mengumpulkan data dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.

2. Mengidentifikasi masalah dan membuat Diagnosa berdasarkan interpretasi data dasar
3. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien
4. Memberi informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggungjawab terhadap kesehatannya.
5. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien
6. Secara pribadi bertanggungjawab terhadap implementasi rencana individual
7. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya
8. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu, dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal
9. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

2.3.4. Manajemen Kebidanan

Langkah 1 : Tahap Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah ini, dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Pada langkah ini, bidan mengumpulkan data dasar awal secara

lengkap. Pengambilan data ini dikelompokkan menjadi dua data yaitu data subyektif dan data obyektif (Rohani, 2011).

A. Data Subjektif

1. Biodata Pasien

- a. Nama pasien dan suami: untuk mempermudah bidan dalam mengetahui pasien, sehingga dapat diberikan asuhan yang sesuai dengan kondisi pasien, selain itu juga dapat mempererat hubungan antara bidan dan pasien sehingga dapat meningkatkan rasa percaya pasien terhadap bidan.
- b. Umur: untuk mengetahui apakah pasien termasuk dalam golongan usia reproduksi sehat. Usia di bawah 16 tahun meningkatkan insiden preeklampsia, usia di atas 35 tahun meningkatkan insiden preeklampsia dan abrupcio plasenta), persalinan yang lama pada nulipara, seksio sesarea, kelahiran preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin.
- c. Alamat: untuk mempermudah hubungan, mengetahui jarak dengan sarana kesehatan, kondisi geografis dan keadaan lingkungan tempat tinggal pasien, diperlukan agar sewaktu-waktu dapat dihubungi selain itu juga dapat dilakukan kunjungan ulang setelah pasien pulang.

- d. Suku dan Bangsa: untuk mengetahui kebudayaan dan perilaku/kebiasaan pasien, seperti pasien sengaja merencanakan kehamilan karena pasien ingin memiliki anak perempuan.
- e. Agama: untuk memotivasi pasien dengan kata-kata yang bersifat religius, terutama pada pasien dengan gangguan psikologis.
- f. Pendidikan: untuk mengetahui jenjang pendidikan pasien maupun suami sehingga bidan dapat menggunakan kata-kata yang sesuai dengan jenjang pendidikan pasien/suami.
- g. Pekerjaan: untuk mengetahui keadaan ekonomi pasien, sehingga saat diberikan asuhan dapat disesuaikan dengan kondisi ekonominya.

1) Alasan masuk dan keluhan utama

Yaitu hal-hal yang paling menonjol yang dirasakan pasien saat pengkajian. Informasi ini sangat penting untuk menetapkan awal persalinan, biasanya dimulai sejak kontraksi secara teratur dan untuk membedakan antara kontraksi persalinan palsu dan sejati. (Varney, 2008).

- #### 2) Keluhan utama merupakan keluhan yang dirasakan oleh pasien yang menyebabkan pasien tersebut dibawa berobat. Keluhan seperti nyeri perut (ada

his), kelur lendir bercampur darah, sakit pinggang dan sering kencing. (Asri, Dewi 2012).

3) Riwayat Kesehatan menurut Rohani (2011) yaitu:

a) Riwayat kesehatan yang lalu

Dikaji apakah ibu menderita penyakit diabetes melitus (karena dapat menyebabkan bayi besar), jantung (dekompensasi cordis), hipertensi dan lain-lain; karena hal itu juga dapat mendeteksi adanya komplikasi pada persalinan dan kehamilan, serta berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Dikaji untuk mengetahui kronologis kesehatan ibu sekarang sebelum datang ke petugas kesehatan dan untuk mengetahui tindakan apa saja yang sudah diperoleh ibu hingga pengkajian dilakukan. Hal ini digunakan untuk mendeteksi adanya komplikasi pada persalinan dan kehamilan, serta berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Dikaji apakah ibu mempunyai keturunan kembar, cacat dari keluarga, penyakit jantung, hipertensi, DM, dan lain-lain (penyakit keturunan).

4) Riwayat Perkawinan

Perlu dikaji untuk mengetahui status/kondisi perkawinan ibu. Hal-hal yang dikaji, yaitu: kawin pertama umur, apakah ibu tinggal serumah dengan suami, berapa kali ibu menikah, lama pernikahan ibu sampai sekarang (Rohani, 2011)

5) Riwayat Obstetri menurut Rohani, (2011) yaitu:

a. Riwayat Haid

Umur menarche, siklus menstruasi, teratur atau tidak menstruasinya, lama menstruasi, banyaknya darah, dismenorhea atau tidak.

b. Hari pertama haid terakhir (HPHT) dan taksiran persalinan (TP): untuk mengetahui usia kehamilan ibu saat berkunjung, kesesuaian perbesaran perut dengan usia kehamilan, dapat mengklasifikasi kehamilan ibu sesuai dengan trimesternya, apakah persalinan cukup bulan atau prematur dan kemungkinan komplikasi untuk jumlah minggu kehamilan.

c. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Ditanyakan untuk mengetahui tahun berapa ibu hamil, dengan usia kehamilan berapa bulan, jenis persalinan, tempat persalinan, komplikasi ibu dan bayi, ditolong oleh siapa, berat badan bayi waktu

lahir, jenis kelamin dan keadaan nifas sehingga dapat menyimpulkan kehamilan dan persalinan saat ini berisiko atau tidak. Diperlukan penjelasan tentang jumlah gravida dan para pada ibu untuk mengidentifikasi masalah potensial pada kelahiran kali ini dan pasca partum. Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk membedakan antara persalinan primigravida dan gravida kedua serta persalinan dengan paritas yang semakin tinggi. (Varney, 2008).

d. Riwayat kehamilan sekarang

Hal-hal yang dikaji: pemeriksaan hamil berapa kali, dimana, mendapat terapi apa, penyulit apa, imunisasi TT sudah atau belum (berapa kali), adakah kebiasaan waktu hamil sekarang ini (minum jamu, merokok atau minum obat-obatan terlarang). Hal ini diperlukan untuk mengidentifikasi masalah potensial yang dapat terjadi pada persalinan kali ini.

e. Rencana tempat persalinan

f. Riwayat KB

Untuk mengetahui kondisi sebelumnya, apakah ibu pernah/sedang menggunakan kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang pernah digunakan ibu. Hal ini

berhubungan dengan penerimaan ibu terhadap kehamilan dan persalinan saat ini.

Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

a) Pola nutrisi

Dikaji untuk mengetahui selama proses persalinan kapan ibu makan dan minum terakhir, jenis makanan yang ibu makan dan minum serta porsinya. Informasi ini diperlukan oleh ahli anastesi jika pembedahan dibutuhkan. Selain itu juga bermanfaat untuk mengkaji cadangan energi dan status cairan. (Varney, 2008).

b) Pola istirahat

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu kurang atau cukup istirahat sebelum dan selama masa persalinan ini, pola tidur malam sebelumnya.

c) Pola eliminasi

Perlu dikaji untuk mengetahui sebelum proses persalinan kapan ibu BAB dan BAK terakhir.

d) Pola aktifitas

Dikaji untuk mengetahui aktifitas ibu sehari-hari dan aktifitas terakhir sebelum proses persalinan

e) Pola seksual

Dikaji untuk mengetahui apakah ada masalah dalam berhubungan seksual, bagaimana riwayat sebelum proses persalinan.

f) Pola personal hygiene

Perlu dikaji untuk mengetahui sebelum proses persalinan ibu bagaimana kesehatan ibu.

g) Pola psikososiospiritual

(1) Tanggapan ibu terhadap persalinannya: perlu dikaji untuk mengetahui bagaimana perasaan ibu tentang kehamilannya saat ini.

(2) Tanggapan keluarga terhadap proses persalinan ibu: dikaji untuk mengetahui seberapa jauh kesiapan ibu menghadapi persalinannya.

(3) Tingkat pengetahuan ibu terhadap kondisinya: untuk mengetahui pengetahuan dan kesiapan ibu serta perasaan ibu terhadap kondisi yang dialami saat ini, yaitu akan mengalami persalinan normal.

(4) Pengambilan keputusan: perlu dikaji untuk mengetahui siapakah pengambilan keputusan dalam keluarga ibu

- (5) Ketaatan ibadah: perlu dikaji untuk mengetahui apakah ibu taat dalam menjalankan ibadah sesuai dengan agama yang ibu anut.
- (6) Lingkungan yang berpengaruh: Dikaji untuk mengetahui ibu tinggal dengan siapa saat ini dan apakah selama ini ibu mempunyai hewan peliharaan
- (7) Tingkat ekonomi: perlu dikaji untuk mengetahui keadaan status ekonomi ibu, apakah ibu termasuk golongan menengah ke atas atau ke bawah.

B. Data Objektif

Adapun hal-hal yang harus diperiksa oleh bidan adalah sebagai berikut:

- 1) Pemeriksaan umum, meliputi: kesadaran ibu, berat badan sebelum hamil, berat badan sekarang, untuk mengetahui apakah ibu mengalami obesitas atau kekurangan gizi, tinggi badan dan lingkar lengan atas (LILA) untuk mengetahui apakah ibu kekurangan gizi, normal atau obesitas.
- 2) Tanda-tanda Vital (TTV): untuk mengetahui kondisi ibu apakah sedang sakit atau baik-baik saja. Pemeriksaan TTV meliputi:

- a) Tekanan darah: diukur tiap 4 jam, kecuali jika keadaan yang tidak normal sehingga harus lebih sering dicatat dan dilaporkan.
 - b) Nadi: nadi normal menunjukkan pasien dalam kondisi yang baik, jika lebih dari 100x/menit, kemungkinan ibu dalam kondisi infeksi, ketosis dan perdarahan. Kenaikan nadi juga salah satu tanda adanya ruptur uteri, nadi diukur setiap 30 menit.
 - c) Pernapasan
- 3) Suhu: suhu tubuh pasien harus berada dalam rentang yang normal, demam menunjukkan adanya infeksi atau ketosis, suhu diukur setiap 2 jam. Pemeriksaan Fisik: untuk mengetahui adanya keabnormalan secara fisik pada bagian tubuh ibu, dilakukan secara sistematis dari kepala hingga ujung kaki (*head to toe*).

Pemeriksaan fisik meliputi:

- a) Kepala dan wajah

Inspeksi:

- (a). Rambut, lihat kebersihan kulit kepala dan rambut
- (b). Telinga, lihat kesimetrisan, kelengkapan dan kebersihan telinga

(c). Mata, lihat kesimetrisan, kelengkapan, konjungtiva pucat/tidak. Hal ini untuk mengindikasikan terjadinya anemia pada pasien, yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinannya, sehingga bidan harus waspada dan sigap dalam bertindak jika terjadi komplikasi.

(d) Bibir, nilai keadaan bibir (stomatitis), kering/tidak

(e). Mulut, nilai kebersihan mulut, pucat/tidak

(f). Lidah, nilai kebersihan lidah

(g). Gigi, nilai kebersihan gigi, ada/tidak karies dentis

(h). Muka, nilai ada/tidaknya edema.

Palpasi : muka, nilai muka ada edema/tidak

b) Leher

Palpasi: ada atau tidaknya pembesaran kelenjar limfe dan tiroid serta pembendungan vena jugularis

c) Dada

Inspeksi:

(a) Mamae, nilai kesimetrisannya, hyperpigmentasi pada papilla dan areolla, nilai papilla menonjol/tidak

(b) Areolla, nilai hiperpigmentasinya

Palpasi:

(a) Benjolan, ada/tidaknya benjolan pada
mamae

(b) Apakah ada rasa nyeri saat dipalpasi

(c) Nilai pengeluaran colostrums, dengan
memencet areola

d) Abdomen

Inspeksi:

(a) Ada/tidaknya bekas jahitan/operasi

(b) Nilai kesesuaian antara pembesaran perut
dengan usia kehamilan

(c) Lihat ada/tidaknya striae dan linea

Palpasi:

(a) Leopold I: untuk mengetahui bagian apa
yang ada pada fundus dan menilai tinggi
fundus uteri

(b) Leopold II: untuk mengetahui bagian janin
terhadap dinding perut ibu

(c) Leopold III: untuk mengetahui apakah
bagian terbawah janin (kepala/bokong)
masih bisa digerakan/tidak

- (d) Leopold I V: untuk mengetahui sejauh mana kepala janin telah turun/masuk ke panggul.
- (e) Tinggi Fundus Uteri (TFU): berkaitan dengan usia kehamilan (dalam minggu). Berat janin dan tinggi fundus yang lebih kecil daripada perkiraan kemungkinan menunjukkan kesalahan dalam menentukan tanggal HPHT, kecil masa kehamilan (KMK), atau oligohidramnion. Sedangkan berat janin dan tinggi fundus yang lebih besar menunjukkan bahwa ibu salah menentukan HPHT, bayi besar (mengindikasikan diabetes), kehamilan kembar atau polihidramnion. Bayi yang besar memberi peringatan akan kemungkinan terjadinya atonia uteri pascapartum, yang menyebabkan perdarahan atau kemungkinan distosia bahu.
- e) Taksiran Berat Badan Janin (TBBJ): untuk mengetahui perkiraan berat badan janin
- f) Auskultasi Denyut Jantung Janin (DJJ): untuk memantau kesejahteraan janin dan punctum

Maximum dan untuk mengetahui posisi
terjelas terdengarnya DJJ.

g) Ekstremitas

Ekstremitas Atas:

a) Inspeksi, lihat apakah ada tanda-tanda
edema, varises dan sebagainya.

b) Palpasi, raba apakah ada edema, varises
dan sebagainya.

Ekstremitas Bawah:

a) Inspeksi, lihat apakah ada tanda-tanda
edema, varises dan sebagainya.

b) Palpasi, raba apakah ada edema, varises
dan sebagainya.

h) Perkusi: untuk menilai refleks patella kiri dan
kanan

i) Pemeriksaan dalam: untuk memantau
kemajuan persalinan, vulva, vagina, portio,
pembukaan, kantung ketuban, bagian
terendah, posisi, molase, turun hodge.

Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa
atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-
data yang telah di kumpulkan. Data dasar tersebut kemudian di
interpretasikan sehingga dapat di rumuskan diagnosa dan

masalah yang spesifik. Baik rumusan diagnosa maupun masalah, keduanya harus di tangani. Meskipun masalah tidak dapat di artikan sebagai diagnosa, tetapi membutuhkan penanganan (Soepardan, 2007).

Diagnosa kebidanan pada persalinan normal adalah ibu G...P...A...AH..., UK...minggu, janin tunggal atau gemeli, hidup/mati, intrauterin/ekstrauterin, presentasi kepala/bokong/kepala, keadaan janin dan ibu baik atau tidak, inparti kala...dengan... (Estiwidani dkk, 2008).

Langkah III : Antipasi Masalah Dan Potensial

Pada langkah ketiga ini mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa atau masalah yang sudah di identifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi pada seorang grande multi gravida seperti perdarahan, plasenta previa, dan bila memungkinkan di lakukan pencegahan. Bidan di harapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosa atau masalah potensial (Asri, Dewi 2012).

Langkah IV : Menentukan Kebutuhan terhadap Tindakan Segera

Tindakan segera dibuat berdasarkan hasil identifikasi pada diagnosa potensial. Pada langkah ini mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau tenaga kesehatan lain atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien untuk mengantisipasi sehingga masalah potensial tidak terjadi. Situasi lainnya tidak merupakan kegawatan tetapi

memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. (Retna, Ambarwati, 2010).

Beberapa data menunjukkan situasi emergensi di mana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi, beberapa data menunjukkan situasi yang memerlukan tindakan segera sementara menunggu instruksi dokter. Mungkin juga memerlukan konsultasi dengan tim kesehatan lain. Bidan mengevaluasi situasi setiap pasien untuk menentukan asuhan pasien yang paling tepat. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. (Asri, Dewi 2012).

Antisipasi tindakan segera dibuat berdasarkan hasil identifikasi pada diagnosa potensial. Langkah ini digunakan untuk mengidentifikasi dan menetapkan penanganan segera untuk mengantisipasi dan bersiap-siap terhadap kemungkinan yang terjadi. (Wildan dan Hidayat, 2008).

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan. (Retna, Ambarwati, 2010).

Data baru mungkin saja dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak

(misalnya perdarahan kala III atau perdarahan segera setelah lahir, distosia bahu) (Asrih, Dewi 2012).

Langkah V: menyusun perencanaan secara menyeluruh

Menurut Wildan dan Hidayat (2010) langkah ini direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan oleh hasil kajian pada langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi.

1. Persiapan fisik dan mental ibu untuk proses persalinan
 - b. Jelaskan pada ibu tentang kondisinya saat ini
 - c. Libatkan keluarga dalam memberikan dukungan psikologis pada saat proses persalinan
 - d. Observasi kala I menggunakan pengawasan kala I dan partograf
 - e. Siapkan ruangan bersalin, alat, kebutuhan fisik dan psikologis ibu serta persiapkan bidan dengan memperhatikan teknik aseptik dan antiseptic.
2. Penyuluhan cara mengejan yang baik
 - a. Jelaskan manfaat mengejan yang efektif
 - b. Ajarkan ibu cara mengejan yang efektif
 - c. Observasi cara mengejan ibu
3. Penyuluhan mengatasi rasa nyeri
 - a. Jelaskan pada ibu penyebab rasa nyeri
 - b. Ajarkan ibu teknik relaksasi
 - c. Observasi keadaan ibu

4. Pemenuhan nutrisi ibu

- a. Berikan makanan jika ibu lapar
- b. Berikan minuman jika ibu haus
- c. Berikan minuman manis sebagai penambah tenaga kepada ibu
- d. Anjurkan ibu istirahat jika lelah.

Langkah VI: Pelaksanaan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah di uraikan pada langkah ke 5 dilaksanakan secara efisien, efektif dan aman. Pelaksanakannya dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau bersama-sama dengan klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Apabila ada tindakan yang tidak dilakukan oleh bidan tetapi dilakukan oleh dokter atau tim kesehatan yang lain, bidan tetap memegang tanggung jawab untuk mengarah kesinambungan asuhan berikutnya (misalnya memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksanan dan sesuai dengan kebutuhan klien). (Asri, Dewi 2012).

1. a. Menjelaskan pada ibu tentang kondisinya saat ini telah memasuki kala I persalinan dengan his yang lemah.
- b. Melibatkan keluarga dalam memberikan dukungan psikologis pada saat persalinan
- c. Melakukan observasi kala I persalinan dan partograf.
- d. Persiapan persalinan:
 - 1) Mempersiapkan ruangan persalinan
 - 2) Menyiapkan alat-alat persalinan:

Partus set, heacting set, air DTT dan clorin, pakaian bayi, handuk, tempat sampah kering dan basah.

3) Mempersiapkan alat resusitasi:

Slym zounger, penghisap dele, tabung, sungkup, stop watch, sarung tangan, kain, handuk, selimut.

4) Mempersiapkan pakaian bayi

5) Melakukan PD setiap 4 jam 1x atau indikasi inpartu

6) Menyiapkan alat penanganan perdarahan:

Sarung tangan, infuse RL, oksitosin 20 unit

7) Memenuhi kebutuhan fisik ibu:

Makan, minum, BAB, dan BAK

8) Memenuhi kebutuhan psikologis ibu dengan memberikan dukungan persalinan

9) Menyiapkan alat (pelindung diri) untuk bidan:

Mitela, masker, skort, kacamata, hand scone, sepatu boot

10) Melakukan penyuluhan mengenai cara mengejan yang efektif pada ibu, apabila ibu mengejan dengan baik akan membantu mempercepat penurunan kepala dan pengeluaran bayi. Mengajarkan cara mengejan yang efektif. Mengejan dilakukan pada saat datang his dan telah memasuki kala II persalinan (kepala membuka pintu) sehingga diagfragma berfungsi dengan baik, posisi mengejan: badan ibu dilengkukan dengan dagumenempel di dada dan mata melihat perut, ibu tidak mengeluarkan suara, kaki ditarik kearah badan/ perut dengan

kedua tangan menarik pangkal paha dan bokong tidak diingat, sehingga posisi litotomi dapat mempercepat penurunan kepala.

11) Mengobservasi cara mengejan ibu.

2. Melakukan penyuluhan cara mengatasi rasa nyeri yang disebabkan oleh his yang adekuat.
 - a. Menjelaskan pada ibu penyebab nyeri, yang disebabkan karena adanya uterus yang akan membantu mendorong janin untuk keluar.
 - b. Mengajarkan cara mengatasi rasa nyeri, anjurkan ibu untuk jalan-jalan dengan bantuan keluarga jika masih bisa. Atau ajarkan ibu untuk tidur dengan posisi miring ke kiri agar pembukaan serviks lebih cepat.

Langkah VII: Evaluasi

Proses evaluasi ini di laksanakan untuk menilai proses penatalaksanaan efektif atau tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut. Evaluasi meliputi evaluasi hasil asuhan dan evaluasi proses asuhan kebidanan. (Depkes, 2005)

1. Ibu mengerti tentang kondisinya saat ini
2. Ruang dan peralatan persalinan sudah dipersiapkan
3. Ibu bersedia miring ke kiri
4. Kemajuan persalinan baik
5. Hasil pemantauan kala I dengan partograf

DJJ: 125 x/menit

TTV: TD:110/70 mmHg, RR:21 x/menit, S:37,5^oC, Nadi:82 x/menit

6. Kandung kemih kosong
7. Frekuensi his: 31 x dalam 10 menit lamanya 20-30 detik

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

a. Desain Penelitian Dan Rancangan Penelitian

1. Desain Penelitian

Desain penelitian adalah rancangan bagaimana penelitian tersebut dilaksanakan. Jenis penelitian yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati (Sastroasmoro, 2011).

2. Rancangan Penelitian

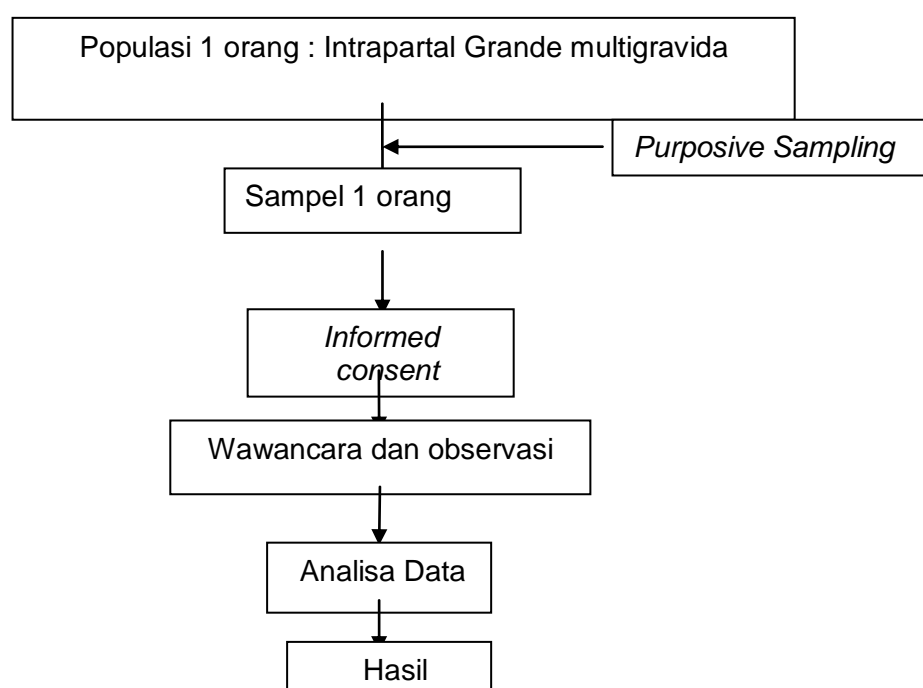
Rancangan penelitian merupakan kerangka acuan bagi peneliti untuk mengkaji hubungan antara variabel dalam suatu penelitian (Riyanto, 2011). Rancangan penelitian yang digunakan adalah rancangan penelitian studi kasus. Studi kasus merupakan penelitian yang mendalam tentang individu, satu kelompok, satu organisasi, satu program kegiatan dan sebagainya dalam waktu tertentu. Studi kasus dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui studi kasus yang terdiri dari unit tunggal. Unit yang menjadi kasus tersebut secara mendalam di analisis baik dari segi yang berhubungan dengan keadaan kasus itu sendiri, faktor-faktor yang mempengaruhi, kejadian-kejadian khusus yang muncul sehubungan dengan kasus, maupun tindakan dan reaksi kasus

terhadap suatu perlakuan atau pemaparan tertentu (Notoatmodjo, 2002).

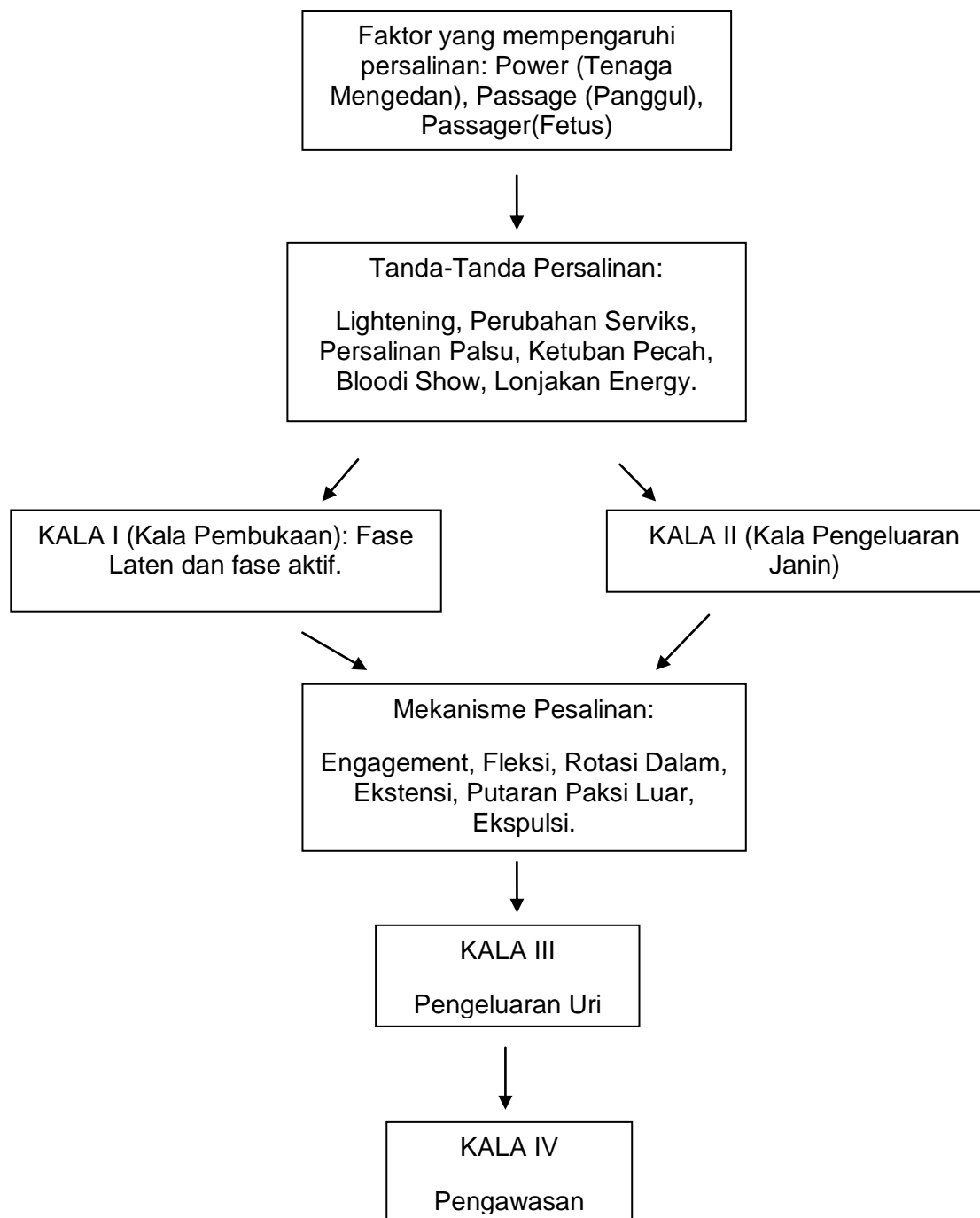
3. Kerangka Kerja (*Frame Work*)

Kerangka kerja merupakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam penelitian yang berbentuk kerangka atau alur peneliti, mulai dari desain hingga analisis datanya (Hidayat,2010).

Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 3.2. Kerangkakerja penelitian kasus pada ibu bersalin dengan intrapartal normal.

b. Kerangka Teori

Gambar 3.3. Kerangkakerja penelitian kasus pada ibu bersalin dengan intrapartal normal.

c. **Populasi, Sampel Dan Sampling**

1. **Populasi**

Populasi adalah keseluruhan obyek penelitian atau obyek yang diteliti (Notoatmodjo, 2005). Populasi pada penelitian ini adalah intapartal grande multigravida yang sedang dirawat diruangan bersalin Puskesmas Sikumana.

2. **Sampel**

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2005).

sampel yang digunakan menggunakan criteria sampel Inklusi (criteria yang layak diteliti). Kriteria inklusi adalah karateristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang akan diteliti. pertimbangan ilmiah harus menjadi pedoman dalam menentukan criteria inklusi (Setiadi, 2013).

Kriteria Inklusinya adalah: bersedia menjadi responden, ibu bersalin.Sampel pada penelitian ini adalah seorang ibu intrapartal grande multigravida sedang dirawat di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana.

3. **Sampling**

Teknik sampling merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada (Hidayat, 2010). Teknik sampling yang digunakan adalah *nonprobability*

sampling dengan teknik *purposive sampling* yaitu dengan cara peneliti memilih responden berdasarkan pada pertimbangan subyektif dan praktis, bahwa responden tersebut dapat memberikan informasi yang memadai untuk menjawab pertanyaan penelitian (Sastroasmoro, 2011).

d. Pengumpulan Data Dan Analisis Data

1) Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2011).

Pengumpulan data menggunakan format pengkajian.

2) Proses Pengumpulan Data

Setelah mendapat izin dari ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang dan ketua Prodi Kebidanan untuk studi kasus dilahan ditujukan kepada Kepala Ruangan Puskesmas Sikumana. Peneliti mengadakan pendekatan dengan calon responden dengan memberikan inform consent. Setelah mendapat persetujuan dari responden, peneliti melakukan pengumpulan data dengan melakukan wawancara dengan pasien dan observasi secara langsung. Setelah melakukan pengumpulan data melalui wawancara dan observasi, data yang telah didapat tersebut diolah dan dianalisa.

3) Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu lembar pengkajian untuk wawancara dan observasi. Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*), (Notoatmodjo, 2005). Observasi merupakan suatu metode untuk mengamati dan memahami perilaku seseorang atau kelompok orang dalam situasi tertentu.

Lembar pengkajian terdiri dari data subyektif dan obyektif. Untuk mendapatkan data subyektif maka dilakukan anamnesa atau wawancara dengan pasien atau keluarga dengan beberapa pertanyaan, sedang untuk data obyektif dilakukan observasi secara langsung pada pasien.

4) Tempat Dan Waktu Pelaksanaan Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di Klinik Bersalin Puskesmas Sikumana Kota Kupang. Waktu penelitian pada tanggal 06 s/d 13 September 2016.

5) Analisa Data

Data dianalisa dari hasil pengkajian untuk menentukan diagnosa dan tindakan.

3.6. Etika Penelitian

Masalah penelitian kebidanan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian kebidanan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan. Masalah etika yang harus diperhatikan antaralain :

3. *Informed consent* (Persetujuan).

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* tersebut antaralain: partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain.

4. *Anonymity* (tanpa nama)

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar

alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

5. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat, 2010).

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1.HASIL PENELITIAN

4.1.1. Gambaran Lokasi Penelitian.

Klinik bersalin puskesmas Sikumana adalah salah satu bagian dari pelayanan kegawatdaruratan obstetri, klinik bersalin puskesmas sikumana memberikan pelayanan obstetri dan neonatal. Klinik bersalin puskesmas sikumana terdiri atas 16 ruangan yang terbagi atas 1 ruangan tindakan, 1 ruangan bersalin, 1 ruang obat, 1 ruang nifas, laboratorium 1 gedung, 1 ruangan pemulihan, 1 ruang ginekologi, ruang alat, 1 ruang isolasi, 1 ruang bidan dan 4 kamar mandi. Fasilitas 2 tempat tidur diruang bersalin, ruang tindakan 2 tempat tidur, 4 tempat tidur diruang nifas dan 2 tempat tidur diruang pemulihan. Di klinik bersalin puskesmas Sikumana pelayanan yang diberikan dilaksanakan oleh 12 bidan dan 4 dokter. Sistem kerja puskesmas Sikumana menggunakan pembagian 3 shif yakni pagi (07-14.00), siang (14.00-20.00), malam (20.00-07.00) pelayanan dilakukan 24 jam setiap hari.

Puskesmas Sikumana terletak dikelurahan sikumana kecamatan Maulafa, Kota Kupang, Provinsi Nusa Tenggara Timur. Puskesmas Sikumana memiliki batasan wilayah kerja sebagai berikut:

- a. Sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Kupang Tengah
- b. Sebelah barat berbatasan dengan Kecamatan Alak
- c. Sebelah Utara berbatasan dengan Kecamatan Oebobo
- d. Sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Kupang Barat.

4.1.2. Pengkajian

Hasil pengkajian yang dilakukan yaitu ibu masuk klinik bersalin Puskesmas Sikumana pada tanggal 11 September 2016, dan pengkajian dilakukan pada Ny. E.T umur 34 tahun. Agama Kristen Protestan, suku Timor, Pendidikan Sarjana, Pekerjaan Pegawai Honorer, sedangkan suami Tn. Y. A. B Umur 36 tahun, Agama Kristen Protestan, suku Timor, pendidikan SMA, Pekerjaan wiraswasta, penghasilan suami ± 2.890.000/ bulan, alamat rumah Jl. Mahuni 3 Oepura.

Ibu datang ke puskesmas Sikumana dengan keluhan nyeri perut bagian bawah menjalar ke pinggang bagian belakang dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak pukul 22.00 wita, (10-09-2016). Ibu mengatakan haid hari pertama haid terakhir kali ibu adalah pada tanggal: 06-12-2015, tafsiran partus tanggal:13-09-2016. Ibu mengatakan sudah menikah sah, umur saat menikah adalah 24 tahun, lamanya menikah 14 tahun.

Ibu mengatakan melahirkan anak pertama pada tanggal 21 januari 1999 secara spontan dengan usia kehamilan 9 bulan di

tolong oleh dukun di rumah, bayi lahir hidup dengan jenis kelamin perempuan dan berat badan waktu lahir 2600 gram. Ibu melahirkan anak kedua lahir tanggal 04 Juni 2004 secara spontan dengan usia kehamilan 9 bulan di tolong oleh bidan di puskesmas, bayi lahir hidup dengan jenis kelamin laki-laki dan berat badan waktu lahir 3000 gram. Ibu melahirkan anak ketiga lahir tanggal 22 Juli 2006 secara spontan dengan usia kehamilan 9 bulan di tolong oleh bidan di puskesmas, bayi lahir hidup dengan jenis kelamin laki-laki dan berat badan waktu lahir 2700 gram. Ibu melahirkan anak keempat lahir tanggal 18 Maret 2008 secara spontan dengan usia kehamilan 9 bulan di tolong oleh bidan di puskesmas, bayi lahir hidup dengan jenis kelamin laki-laki dan berat badan waktu lahir 2900 gram.

Ibu mengatakan memeriksakan kehamilannya secara teratur yaitu 8 kali di Pustu Oepura dan mendapatkan obat dari petugas kesehatan (bidan) di Pustu Oepura. Ibu juga sudah mendapatkan imunisasi TT2. Ibu mengatakan pernah menggunakan KB suntik selama 3 tahun.

Ibu mengatakan pada riwayat kesehatan ibu maupun keluarga tidak pernah menderita penyakit menular maupun turunan. Pola aktivitas sehari-hari ibu yaitu makan, dan minum, istirahat siang dan malam hari, ibu juga melakukan aktivitas rumah tangga. Pola eliminasi BAB dan BAK, mandi, keramas, sikat gigi, ganti pakaian.

Data obyektif yang ditemukan adalah Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, TTV: TD:110/70mmHg, N:82x/menit, S:37,5°C, RR:21x/menit. BB sebelum hamil: 53kg, BB sesudah hamil: 67kg. Pemeriksaan Fisik ditemukan: Mata Inspeksi: Kelopak mata: tidak oedema, penglihatan: normal, konjungtiva merah muda, sclera putih, oedema tidak ada; Dada: Inspeksi: Bentuk simetris, Areola mammae ada hiperpigmentasi, Puting susu: menonjol, Palpasi: Colostrums +/+, Nyeri tekan: tidak ada, Massa/benjolan: tidak ada; Abdomen: Inspeksi: tidak ada luka bekas operasi, ada striae albicans. Palpasi: Leopold I: TFU 3 jari bawah Processus xiphoideus, teraba lunak, agak bundar dan tidak melenting (bokong), Leopold II: pada bagian kiri teraba keras, memanjang seperti papan (punggung kiri), dan pada bagian kanan teraba bagian-bagian kecil janin (ekstremitas), Leopold III : pada bagian bawah teraba keras, bulat dan tidak melenting (kepala), Leopold IV: kepala janin sudah masuk PAP (divergen), penurunan kepala 4/5. TFU menurut Mc.Donald: 30cm, TBBJ:2790gram. kontraksi 1x dalam 10 menit lamanya 20 detik, kandung kemih kosong. DJJ+ terdengar jelas dan teratur dibawah pusat ibu bagian kiri dengan frekuensi 125x/menit. VT: vulva tidak oedema, perineo tipis lunak, pembukaan 4 cm, ketuban (-), bagian terendah kepala, posisi ubun-ubun kecil kanan depan, molase tidak ada, turun Hodge:I.

4.1.3. Interpretasi Data Dasar

Diagnosa yang dapat ditegakan adalah G5 P4 A0 AH4, UK 40 minggu, janin hidup, tunggal, letak kepala, intra uterin, inpartu kala I fase aktif keadaan ibu dan janin baik.

Berdasarkan hasil pengkajian data subyektif yang di peroleh Pada hasil pemeriksaan ibu mengeluh perutnya kencang-kencang dan mules serta mengeluh sakit pada pinggang dan menjalar ke perut bagian bawah dan sudah keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir dari tanggal 10-09-2016 jam 10.00 wita.

Data obyektif yang mendukung diagnosa yaitu. Pada pemeriksaan umum KU: baik, kesadaran:composmentis, TTV: TD:110/70mmHg, N:82x/menit, S:37,5⁰C, RR:21x/menit. Pada pemeriksaan fisik terdapat rambut: bersih, tidak ada ketombe, wajah: tidak oedema, tidak ada cloasma gravidarum, mata:konjungtiva:merah mudah, cleara:putih, mulut: mukosa bibir lembab, tidak ada caries dan karang gigi, leher: tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan kelenjar limfe, dan tidak ada pembendungan vena jugularis. Ekstremitas: atas/bawah tidak ada oedema dan varises, refleks patella: (+)/(+). Palpasi di dapat Leopold I: TFU 3 jari bawah Prosesus xhypoideus, teraba lunak dan tidak melenting (bokong), Leopold II: pada bagian kiri teraba keras, memanjang seperti papan (punggung kiri), dan pada bagian kanan teraba bagian-bagian kecil janin (ekstremitas), Leopold III : pada bagian bawah teraba keras, bulat dan tidak melenting (kepala),

Leopol IV: kepala janin sudah masuk PAP (divergen). Bagian terendah janin sudah masuk PAP dan penurunan kepala 4/5. Hasil periksa dalam vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 4 cm, kantong ketuban (+), presentase kepala, UUK kiri depan, Turun Hodge I. Pada hasil auskultasi DJJ (+), frekuensi 125x/menit.

4.1.4. Antisipasi Masalah Potensial

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang telah ditegakkan didapatkan masalah potensial yang akan terjadi adalah resiko terjadi infeksi dan perdarahan.

4.1.5. Tindakan Segera

Berdasar hasil diagnosa dan masalah yang telah ditegakan tidak terdapat masalah potensial maka tidak ada tindakan segera, namun untuk mengatasi jika terjadi masalah potensial maka perlu dilakukan konsultasi dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain yaitu dokter spesialis kandungan untuk pemberian terapi injeksi, cairan dan pemeriksaan USG untuk mengantisipasi resiko infeksi dan memastikan keadaan janin dalam rahim.

4.1.6. Perencanaan

Perencanaan Asuhan Kebidanan pada Ny E. T, dengan diagnosa G5P4A0AH4 UK 40 minggu, janin hidup, tunggal, letak kepala, intrauterine, inpartu kalla I fase aktif, keadaan ibu dan janin baik, direncanakan pada tanggal 11-09-2016, pukul 09.00 WITA.

Lakukan pendekatan dengan ibu. Pendekatan merupakan cara yang tepat untuk menjalin hubungan yang baik dan saling percaya antara ibu dan petugas kesehatan. Lakukan cuci tangan 7 langkah, agar mencegah terjadinya pertukaran kuman dari petugas kesehatan kepada pasien atau sebaliknya. Observasi TTV, kontraksi uterus, pembukaan serviks serta penurunan kepala serta informasikan hasil pada keluarga dan ibu, observasi untuk mendeteksi keadaan patologis yang dapat membahayakan ibu, dan informasi yang diberikan merupakan hak pasien. Anjurkan ibu cara meneran yang baik, cara meneran yang baik dapat menghindari rupture pada perineum dan memperlancar proses persalinan. Anjurkan ibu untuk tidur miring kiri, dengan posisi ini dapat memperlancar sirkulasi peredaran darah janin dan ibu. Anjurkan ibu makan dan minum disela his, makanan yang dimakan dapat menambah tenaga ibu dan minum yang cukup dapat mencegah dehidrasi. Anjurkan ibu untuk berkemih setiap kali ingin berkemih, kandung kemih yang penuh dapat menghambat penurunan kepala janin. Siapkan alat, bahan dan obat-obatan untuk proses persalinan, alat dan bahan untuk proses persalinan memudahkan bidan saat menolong persalinan. Siapkan perlengkapan pencegahan infeksi, untuk menghindari terjadinya infeksi dari petugas kesehatan kepada pasien begitu pun sebaliknya. Dokumentasikan hasil pemeriksaan, sebagai bukti, dan tanggung gugat serta tanggung jawab terhadap asuhan yang diberikan.

4.1.7. Pelaksanaan

Pelaksanaan Asuhan Kebidanan pada G5 P4 A0 AH4 UK 40 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala, inpartu kalla I fase aktif, keadaan ibu dan janin baik. Dilaksanakan pada Tanggal 11- 09- 2016, pukul 09.00 Witta

Melakukan pendekatan dengan ibu, sudah terjalin hubungan yang baik. Melakukan cuci tangan 7 langkah, sudah dilakukan dan tangan menjadi bersih. Mengobservasi TTV, kontraksi uterus, pembukaan serviks serta penurunan kepala, ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaan yang telah diinformasikan. Mengajarkan ibu teknik meneran yang baik dan benar, ibu mengerti dan telah mengikuti ajaran yang diberikan. Menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri, ibu sudah tidur miring kiri. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum disela his, ibu sudah makan dan minum air yang cukup. Menganjurkan ibu untuk berkemih setiap kali ingin berkemih, ibu sudah berkemih kurang lebih 100cc. alat dan obat-obatan sudah disiapkan sesuai SAFF I, SAFF II, dan SAFF III. Menyiapkan perlengkapan pencegahan infeksi, perlengkapan pencegahan infeksi sudah disiapkan. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan, hasil pemeriksaan telah didokumentasikan.

4.1.8. Evaluasi

Setelah memimpin persalinan dengan 58 langkah Asuhan Persalinan Normal (APN), pada tanggal 11 September 2016, dari pukul 09.00 wita, sampai dengan 14.30, maka pada pukul 14.55

wita bayi lahir spontan, letak belakang kepala, tidak ada lilitan tali pusat, lahir langsung menangis, jenis kelamin perempuan, tonus otot baik, kulit kemerahan. Pada pukul 15.00 wita telah dilakukan Manajemen Aktif Kalla III (MAK III) Pada ibu, kemudian pada pukul 15.05 wita, plasenta lahir spontan, lengkap dan utuh, dan tidak terjadi tanda-tanda patologis, dan tidak terdapat robekan atau rupture perineum. Pada pukul 15.06 wita, melakukan prosedur pasca persalinan yaitu memastikan uterus berkontraksi dengan baik tidak terjadi perdarahan pervaginam, kemudian lakukan kebersihan dan keamanan tempatkan semua peralatan partus yang terkontaminasi ke dalam larutan clorin 0,5%, kemudian buang sampah medis dan non medis pada tempat yang sesuai, dan bersihkan ibu dengan air DTT, kemudian membantu ibu memakai softeks, dan celana dalam, pakaian dan kain yang bersih, dan pastikan ibu merasa nyaman. Kemudian menganjurkan keluarga untuk memberikan makan dan minum pada ibu. Setelah 1 jam lakukan pemeriksaan fisik pada bayi, kemudian melakukan pendokumentasian dengan melengkapi partograf halaman depan dan belakang. Ibu dipindahkan dari ruangan bersalin ke ruang nifas, ibu dirawat selama 3 hari di puskesmas Sikumana, pada 2 jam post partum tidak terdapat komplikasi karena Keadaan Umum ibu baik, kesadaran:composmentis, mengobservasi TTV: TD:110/80mmHg, S:36,7^oC, RR: 20x/menit, N: 82x/menit, ASI : ki (+)/ ka (+), TFU: 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik,

kandung kemih kosong, lochea rubra, ibu sudah dapat mengerakan kaki dan tangan serta ibu sudah makan dan minum, ibu sudah mengetahui tanda-tanda bahaya masa nifas, dan ibu sudah bisa mengganti softeks. Pada pemeriksaan post partum normal 1 hari Keadaan Umum ibu baik, kesadaran compos mentis, TTD: 110/70mmHg, S: 36,7⁰C, N: 80x/menit, RR:19x/menit, TFU 2 jari di bawah pusat, lochea rubra, ASI ki(+)/ ka(+), dari hasil pemeriksaan tidak ditemukan komplikasi, ibu sudah diajarkan cara merawat tali pusat yang baik dan benar, ibu telah flatus, dan sudah memberikan obat sesuai dengan advis dokter. Pada pemeriksaan post partum normal 2 hari Keadaan Umum ibu baik, kesadaran Compos mentis, TD: 110/70mmHg, S: 37,5⁰C, N: 80x/menit, RR:20x/menit, TFU 2 jari bawah pusat, ASI Ki (+)/ Ka (+), lochea rubra, telah memberikan KIE pada ibu mengenai alat kontrasepsi, dan ibu memilih kontrasepsi IUD untuk dipakai setelah 40 hari masa nifas. Dari hasil visite dokter ibu belum bisa pulang karena bayinya demam, sehingga ibu harus di rawat bersama dengan bayinya 1 hari lagi, pada post partum normal 3 hari Keadaan umum ibu baik, kesadaran compos mentis, TD:110/70mmHg, N:80x/menit, S:37,2⁰, RR: 20x/menit, TFU 2jari di bawah pusat, ASI Ki (+)/ Ka (+), lochea rubra, dari hasil pemeriksaan ibu tidak di temukan komplikasi, dan hasil visite dokter ibu sudah boleh pulang pada hari rabu, tanggal 14-09-2016. Kunjungan rumah sudah dilakukan selama 3 hari pada tanggal 15 – 17 september 2016, setiap pagi dengan hasil

pemeriksaan ibu dan bayi dalam keadaan sehat, tidak terdapat komplikasi pada ibu dan bayi.

4.2. PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori dan konsep dasar penerapan manajemen kebidanan pada Ny. E. T inpartu kala I fase aktif di Ruang Klinik Bersalin Puskesmas Sikumana Kupang pada tanggal 11 September, 2016.

4.2.1. Pengkajian.

Sesuai dengan teori varney, langkah pertama yang dilakukan yaitu pengumpulan data yang meliputi data subjektif dan data objektif, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan lab. Informasi ini didapat dari pasien, keluarga pasien, dan tenaga kesehatan, serta didapat dari pemeriksaan fisik, langsung terhadap pasien. Berdasarkan teori menurut Rohani (2010), tanda-tanda persalinan yaitu rasa sakit dikarenakan adanya his yang adekuat, sering, teratur adanya lendir, dan darah dari jalan lahir yang disebabkan oleh robekan-robekan kecil pada serviks dan kadang-kadang disertai ketuban pecah dengan sendirinya.

Pada anamnese kasus Ny.E.T ibu mengatakan hamil anak ke lima, tidak pernah keguguran, sudah tidak haid selama 9 bulan, ibu mengeluh sakit pinggang menjalar ke perut bagian bawah, dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak jam 22.00 wita.

Data obyektif yang ditemukan adalah keadaan ibu baik, kesadaran composmentis, TD: 110/70mmHg, Nadi:82x/menit, Suhu:37,5°C, RR:20x/menit, pemeriksaan fisik terdapat rambut: bersih, tidak ada ketombe, wajah: tidak oedema, tidak ada cloasma gravidarum, mata:konjungtiva:merah mudah, cleara:putih, mulut: mukosa bibir lembab, tidak ada caries dan karang gigi, leher: tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan kelenjar limfe, dan tidak ada pembendungan vena jugularis. Ekstremitas: atas/bawah tidak ada oedema dan varises, refleks patella: (+)/(+). Palpasi di dapat Leopold I: TFU 3 jari bawah Proccus xhypoideus, teraba lunak dan tidak melenting (bokong), Leopold II: pada bagian kiri teraba keras, memanjang seperti papan (punggung kiri), dan pada bagian kanan teraba bagian-bagian kecil janin (ekstremitas), Leopold III : pada bagian bawah teraba keras, bulat dan tidak melenting (kepala), Leopold IV: kepala janin sudah masuk PAP (divergen). Bagian terendah janin sudah masuk PAP dan penurunan kepala 4/5. Hasil periksa dalam vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 4 cm, kantong ketuban (+), presentase kepala, UUK kiri depan, Turun Hodge III. Pada hasil auskultasi DJJ (+), frekuensi 125x/menit. His :1x dalam waktu 10 menit, lamanya 15-30 detik. Berdasarkan data di atas tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

4.2.2. Analisa Masalah Dan Diagnosa.

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat atas data yang telah dikumpulkan. Secara teori persalinan normal mudah ditegakkan bila keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir. Berdasarkan teori menurut Wikijosastro (2002), data subyektif yang dikaji yaitu : ibu hamil anak beberapa, pernah melahirkan berapa kali, pernah keguguran atau tidak, anak hidup berapa orang, adanya tanda-tanda persalinan yaitu rasa sakit dikarenakan adanya his yang adekuat, sering, teratur adanya lendir, dan darah dari jalan lahir yang disebabkan oleh robekan-robekan kecil pada serviks dan kadang-kadang disertai ketuban pecah dengan sendirinya. Data obyektif yang dikaji yaitu: keadaan umu, kesadaran, TTV, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium.

Berdasarkan diagnose intrapartal normal dapat ditegakan melalui anamnese, pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium. Dari data diatas ditegakan diagnosa G5P4A0AH4 umur kehamilan 40 minggu, janin tunggal, hidup, letak kepala, inpartu kala I fase aktif keadaan ibu dan janin baik. Pemeriksaan yang tidak dilakukan pada kasus ini adalah pemeriksaan laboratorium khususnya pemeriksaan HB, karena pemeriksaan HB dilakukan setelah melahirkan atau pada saat masa nifas pada kunjungan nifas hari ke tiga di Puskesmas.

4.2.3. Antisipasi Masalah Potensial.

Diagnosa potensial ditegakan untuk menentukan antisipasi yang harus dilakukan pada ibu bersalin. Pada masalah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa atau masalah potensial ini benar-benar terjadi. Masalah potensial adalah masalah yang mungkin terjadi dan bila segera tidak diatasi akan mengganggu keselamatan hidup klien. Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnose atau masalah yang sudah diidentifikasi. Diagnosa yang mungkin terjadi adalah infeksi nifas, perdarahan (Wiknjosastro, 2006).

Pada kasus Ny. E.T G5 P4 A0 AH4 Usia kehamilan 40 minggu, inpartu kala I fase aktif, tidak ditemukan masalah yang memerlukan antisipasi potensial. berdasarkan data diatas tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

4.2.4. Tindakan Segera

Pada langkah tindakan segera, menggambarkan sifat berkelanjutan dari manajemen proses, tidak hanya selama perawatan primer atau kunjungan perinatal periode tetapi selama bidan tersebut terus-menerus bersama ibu. Data yang

mengindikasikan situasi darurat dimana bidan harus bertindak cepat untuk keselamatan ibu dan bayi (Varney, 2004). Antisipasi yang dilakukan yaitu kolaborasi dengan dokter SPOG. Pada langkah antisipasi ini dilakukan pengidentifikasi tindakan segera dari bidan untuk dikonsultasikan kepada dokter atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Pada kasus Ny.E.T tidak ada tindakan segera karena tidak ada masalah dan diagnosa potensial yang terjadi. Berdasarkan data di atas tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek.

4.2.5. Perencanaan

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan lanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnose yang telah diidentifikasi atau diantisipasi pada langkah ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya apa yang sudah diidentifikasi dari kondisi klien atau dari siapa masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial, ekonomi, kultural atau masalah psikologis. Menurut Rohani (2011), sesuai dengan tinjauan teoritis bahwa penanganan persalinan normal adalah

memberitahukan ibu mengenai hasil pemeriksaan, memantau terus-menerus kemajuan persalinan dengan menggunakan partograf, memantau terus menerus tanda vital ibu, memantau terus-menerus keadaan bayi, memantau perubahan tubuh ibu untuk menentukan apakah persalinan dalam kemajuan yang normal, memeriksa perasaan ibu dan respon fisik terhadap persalinan, membimbing ibu untuk rileks sewaktu his, penjelasan tentang kemajuan persalinan, persiapan persalinan normal.

Asuhan kebidanan yang diberikan pada pasien intrapartal normal yaitu: informasikan kepada ibu tentang KU ibu dan janin serta kemajuan persalinan, observasi tanda-tanda vital, kontraksi uterus, DJJ dan PPV, menganjurkan ibu untuk menarik napas panjang melalui hidung dan melepaskan secara perlahan-lahan melalui mulut, posisi meneran yang tepat dan melakukan pertolongan persalinan dengan 58 langkah APN. Langkah ini disusun sesuai dengan hasil pembahasan rencana asuhan bersama klien, kemudian membuat keputusan bersama sebelum melaksanakannya. Rencana tindakan pada kasus Ny. E.T mengacu pada kebutuhan pasien, informasikan kepada ibu tentang KU ibu dan janin serta kemajuan persalinan, observasi tanda-tanda vital, kontraksi uterus, DJJ, dan PPV, pembukaan serviks, menganjurkan ibu untuk menarik napas panjang melalui hidung dan melepaskan secara perlahan-lahan melalui mulut, dan sesuai dengan 58

langkah APN. Jadi dalam perencanaan tindakan di atas tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

4.2.6. Pelaksanaan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan sepenuhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien, atau tim kesehatan lainnya, menurut Rohani (2011), selanjutnya rencana asuhan secara menyeluruh yang tidak diuraikan, dilaksanakan secara efisien dan aman. Didalam teori melaksanakan proses-proses kebidanan sesuai dengan kewenangan bidan.

Di dalam praktek lapangan melaksanakan asuhan kebidanan sesuai apa yang sudah direncanakan kepada klien. Pada kasus Ny. E.T pelaksanaan dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah ditetapkan dan dalam hal ini pelaksanaan yang dilakukan seperti observasi TTV ibu, kontraksi uterus, DJJ dan PPV, menganjurkan ibu untuk menarik napas panjang melalui hidung dan melepaskan secara perlahan-lahan melalui mulut, dan melakukan pertolongan persalinan menggunakan 58 langkah APN, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

4.2.7. Evaluasi

Pada langkah terakhir melakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan apakah sudah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan yang telah diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif. Persalinan berlangsung, penyusun mengevaluasi masalah yang ada sehingga dapat dilihat perkembangannya. Setelah dilakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin Ny. E.T dengan persalinan normal. Penyusun mengevaluasi masalah yang ada sehingga dapat dilihat perkembangannya.

Pada kasus Ny. E.T ibu datang dengan inpartu kala I fase aktif, setelah dilakukan pertolongan persalinan, dan ibu dirawat di puskesmas dua hari dan setelah dilakukan kunjungan rumah selama tiga hari, hasil yang diperoleh adalah keadaan ibu dan janin baik, tidak terjadi hal-hal yang menjadi komplikasi dari tindakan tersebut.

BAB V

PENUTUP

5.1 Simpulan

1. Dari hasil pengkajian baik dari data subyektif yaitu mulai dari biodata, keluhan yang dirasakan, riwayat obstetric dan ginekologi, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, riwayat kesehatan, riwayat KB, keadaan kehamilan sekarang, data biologis, eliminasi, aktivitas, istirahat dan tidur, dan data psikologi, maupun data obyektif yang terdiri dari pemeriksaan umum, dan pemeriksaan khusus secara inspeksi, palpasi, asukultasi dan perkusi pada pemeriksaan haed to toe, yang di dapatkan pada Ny. E.T, G5 P4 A0 , Uk 39-40 minggu letak kepala, janin tunggal hidup intrauterin inpartu kala I fase aktif, keadaan umum ibu dan janin baik.
2. Setelah dilakukan pemeriksaan secara menyeluruh pada kasus Ny.E.T, maka ditegakkan diagnosa atau masalah yaitu G5 P4 AO 39-40 minggu letak kepala janin tunggal hidup intrauterin inpartu kala satu fase aktif. Gejala dan tanda yang terdapat pada landasan teori tidak semua di temukan pada kasus Ny. E .T, hal tersebut dapat di tafsirkan karena tanda dan gejala pada persalinan normal adalah keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir, adanya pembukaan serviks.
3. Pada langkah antisipasi masalah pontensial pada kasus Ny. E.T, G5P4 AO UK 39-40 minggu letak kepala janin tunggal

hidup intrauterin inpartu kala satu fase aktif, tidak terdapat masalah yang berhubungan dengan kasus ini.

4. pada kasus Ny. E.T, G5 P4 AO UK 39-40 minggu letak kepala janin tunggal hidup intrauterin inpartu kala satu fase aktif keadaan umum ibu dan janin baik, pada kasus ini tidak ada Tindakan segera yang dilakukan karena tidak terdapat masalah potensial.
5. Perencanaan yang dilakukan pada Ny. E.T, G5 P4 AO UK 39-40 minggu letak kepala janin tunggal hidup intrauterin inpartu kala satu fase aktif keadaan umum ibu dan janin baik telah di rencanakan berdasarkan diagnosa yang di tegakkan dan sesuai dengan kebutuhan klien dan melibatkan keluarga, jadi dalam perencanaan tindakan yang akan dilakuka pada kasus Ny. E.T tidak ada hambatan.
6. Pada tahap pelaksanaan tindakan asuhan kebidanan pada G5 P4 AO UK39-40 minggu letak kepala janin tunggal hidup intrauterin inpartu kala satu fase aktif keadaan umum ibu dan janin baik .Di buat berdasarkan rencana yang telah di buat dan sesuai dengan kebutuhan ibu dimana penolong persalinan, selama persalinan tidak terdapat hambatan dan tidak di temukannya tanda- tanda komplikasi, sehingga dalam pelaksanaanya perawatan pasien dapat berjalan dengan lancar.

7. Tindakan yang telah di rencanakan dapat dilaksanakan sesuai dengan rencana, semua tindakan yang dilakukan pada kasus Ny. E.T di buat berdasarkan diagnosa yang di tegakkan dan sesuai dengan kebutuhan ibu dimana penolong tidak menemukan hambatan karena adanya kerjasama antara penolong dan pasien dan keluarga yang kooperatif dan adanya sarana dan prasarana yang mendukung dalam pelaksanaan tindakan.
8. Dari semua tindakan yang dilakukan pada kasus Ny.E.T, G5 P4 AO UK 39-40 minggu letak kepala janin tunggal hidup intrauterin inpartu kala satu fase laktif keadaan umum ibu dan janin baik, ini telah di dokumentasikan semuanya pada buku register dan status pasien secara menyeluruh.Pada kasus Ny. E.T, ibu datang dengan inpartu kala 1 fase aktif, setelah dilakukan pertolongan persalinan, dan ibu dirawat di puskesmas satu hari dan setelah dilakukan kunjungan rumah selama 3 hari, Hasil yang di peroleh adalah keadaan ibu dan janin baik, tidak terjadi hal-hal yang menjadi komplikasi dari tindakan tersebut.

5.2 Saran

1. Bagi Penulis

Meningkatkan pengetahuan dan wawasan dalam memberikan asuhan kebidanan persalinan normal sesuai dengan teori yang ada.

2. Bagi Petugas Kesehatan

Dapat dijadikan untuk melakukan perubahan atau mempertahankan asuhan kebidanan yang efektif, sehingga fase laten dapat dilalui secara normal dan tidak ada komplikasi yaitu fase laten memanjang.

3. Bagi institusi

Dapat dijadikan bahan referensi dan studi perbandingan dalam kasus persalinan normal kala 1 fase laten untuk mahasiswa angkatan selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Asrinah, Putri, dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- H, D, A, & P, C, C. 2012. *Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Hidayat, A, A, 2010. *Metode Penelitian Kebidanan dan Tehnik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Indonesia, D.K.2008. *Pelatihan Klinik Asuhan PersalinanNormal*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Indonesia, B. P. 2013, *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian Republik Indonesia.
- Kupang, D.K. 2013. *Profil Kesehatan Kota Kupang*. Kupang: Dinas Kesehatan Kota Kupang.
- Rohani, Saswita, R., & Marisah. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dwi, A dkk. 2012. *Asuhan Persalinan Normal* Yogyakarta: Nuha Medika
- Prawirohadjo. 2011. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Pustaka.

Lampiran 1

**ASUHAN KEBIDANAN PADA G5 P4 A0 AH4, UK 40 MINGGU, JANIN
HIDUP, TUNGGAL, PRESENTASI KEPALA, INTRA UTERIN, INPARTU
KALA I FASE AKTIF, KEADAAN IBU DAN JANIN BAIK
DI KLINIK BERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA
TANGGAL 06 S/D 13 SEPTEMBER 2016**

I. PENGKAJIAN

Tgl Pengkajian : 11-09-2016 Tanggal MRS: 11-09-2016
Jam : 09.00 WITA No MR : -
Nama mahasiswa : ALBERTINA Y. LANGKAMENG

A. DATA SUBYEKTIF

1. Biodata

Nama pasien	: Ny. E.T	Nama suami	: Tn. Y.A.B
Umur/tgl lahir	: 34 tahun	Umur/tgl lahir	: 36 tahun
Agama	: K. Protestan	Agama	: K. Protestan
Pendidikan	: Sarjana	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Honorer	Pekerjaan	: Swasta
Suku/bangsa	: Timor/Indonesia	Suku/bangsa	: Timor/Indonesia
Alamat	: Sikumana	Alamat	: Sikumana

2. Keluhan Utama

Ibu mengatakan sakit pinggang menjalar ke perut bagian bawah, serta keluar air- air dari jalan lahir sejak tanggal 10-09-2016 pukul 22.00 wita.

3. Riwayat Mestruasi

Menarche : 14 tahun
 Siklus : 28-30 hari
 Lamanya : 3-4 hari
 Sifat darah : encer
 Banyaknya : 2-3x ganti pembalut
 HPHT : 06-12-2015
 TP : 13-09-2016

4. Riwayat Menikah

Status pernikahan : sah
 Lamanya menikah : 14 tahun
 Umur saat menikah : 24 tahun

5. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas Yang Lalu

No	Tgl/Thn Persalinan	UK	Penolong	Tempat	Penyulit	Keadaan Bayi				Ket
						LH / LM	JK	BB	PB	
1	21-01-1999	Aterm	Dukun	Rumah	Tidak ada	LH	P	2600 g	49	Sehat
2	04-06-2004	Aterm	Bidan	Puskesmas	Tidak ada	LH	L	3000 g	51	Sehat
3	22-07-2006	Aterm	Bidan	Puskesmas	Tidak ada	LH	L	2700 g	50	Sehat
4	18-03-2008	Aterm	Bidan	Puskesmas	Tidak ada	LH	L	2900 g	50	Sehat
5	INI	G5	P4	A0						

6. Riwayat Kehamilan Sekarang

- 1) Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir:
 Ibu mengatakan pergerakan janin lebih dari 10 kali
- 2) ANC : 8 kali, di Pustu Oepura
- 3) HPHT : 06-12-2015

- 4) TP : 13-09-2016
- 5) Imunisasi TT1 : 24-04-2016
TT2 : 24-05-2016
- 6) Keluhan selama hamil : mual, pusing
- 7) Obat yang di konsumsi selama hamil :
SF(1x1), Vitamin C(1x1), Kalk(1x1).
- 8) Tanda-tanda bahaya : Tidak ada

7. Riwayat Kesehatan

Penyakit yang pernah diderita:

- 1) Jantung : Tidak Pernah
- 2) Hipertensi : Tidak Pernah
- 3) Hepatitis : Tidak Pernah
- 4) Jiwa : Tidak Pernah
- 5) Campak : Tidak Pernah
- 6) Malaria : Tidak Pernah
- 7) HIV/AIDS : Tidak Pernah
- 8) Lain-lain : Tidak Pernah
- 9) Pernah Operasi : Tidak Pernah

8. Riwayat Penyakit Keluarga Yang Pernah Diderita Keluarga

- 1) Jantung : Tidak Pernah
- 2) Hipertensi : Tidak Pernah
- 3) Hepatitis : Tidak Pernah
- 4) Jiwa : Tidak Pernah
- 5) Campak : Tidak Pernah

- 6) Malaria : Tidak Pernah
- 7) HIV/AIDS : Tidak Pernah
- 8) Lain-lain : Tidak Pernah
- 9) Pernah Operasi : Tidak Pernah

9. Riwayat Keluarga Berencana

- 1) KB yang pernah digunakan : Suntikan 3 bulan
- 2) Lamanya : 3 tahun
- 3) Efek samping : haid tidak lancar
- 4) Alasan berhenti : ingin memiliki anak

10. Latar Belakang Budaya

- 1) Kebiasaan melahirkan ditong oleh : Bidan
- 2) Pantangan makan : tidak ada
- 3) Kepercayaan yang berhu. Dgn persalinan : tidak ada
- 4) Kepercayaan yang berhub. Dgn nifas : tidak ada

11. Riwayat Psikososial dan Sosial Ekonomi

- 1) Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan ini:
Ibu dan keluarga senang dengan kehamilan ini
- 2) Dukun dari keluarga : Baik, suami selalu mendampingi ibu
untuk memeriksakan kehamilannya di Pustu Oepura
- 3) Kehamilan ini direncanakan : Ya, direncanakan
- 4) Jenis persalinan yang diharapkan : Normal
- 5) Pengambilan keputusan dalam keluarga: Bersama
- 6) Tempat Rujukan jika terjadi komplikasi : RS Leona
Kupang.

12. Diet/ Makanan

- 1) Jenis makanan pokok : Nasi
- 2) Posrsi : 1 piring
- 3) Frekuensi makan : 3 kali/hari
- 4) Lauk- pauk : ikan, tempe, tahu, telur, daging.
- 5) Minum air dan susu : susu 2 gelas / hari (pagi dan sore), air putih 7- 8 gelas/ hari
- 6) Keluhan : Tidak ada

13. Pola Istirahat/ Tidur

- 1) Tidur siang : 1- 2 jam/hari
- 2) Tidur malam : 7- 8 jam/ hari
- 3) Keluhan : Tidak ada

14. Pola Eliminasi

- 1) BAK
 - a) Frekuensi : 5-6 kali/hari
 - b) Warna : Kuning dan pelsing
 - c) Keluhan : tidak ada
- 2) BAB
 - a) Frekuensi : 1 Kali/hari
 - b) Warna : Kuning dan khas feses
 - c) Keluhan : tidak ada

15. Kebersihan Diri

- 1) Mandi : 2 kali/ hari
- 2) Sikat gigi : 2 kali/ hari

- 3) Ganti pakaian dalam : 2 kali/hari
- 4) Ganti pakaian luar : 2 kali/hari
- 5) Keramas rambut : 3 kali/ minggu
- 6) Perawatan payudara : sudah dilakukan

16. Riwayat Seksual

Perilaku hubungan seksual selama hamil:

- 1) Trimester I : Tidak Pernah
- 2) Trimester II : Pernah 1 kali
- 3) Trimester III : Pernah 2 kali

17. Kebiasaan Hidup

- 1) Merokok : Tidak pernah
- 2) Miras : Tidak pernah
- 3) Konsumsi obat terlarang : Tidak pernah
- 4) Minum Kopi : Tidak pernah

B. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- 1) Pemeriksaan umum : Baik
- 2) Kesadaran : Composmentis
- 3) Bentuk tubuh : Lordosis
- 4) Ekspresi wajah : Tampak kesakitan saat his
- 5) Tanda- tanda Vital:
 - TD : 110/70mmHg
 - Nadi : 82x/menit
 - Suhu : 37,5°C

RR :21x/menit

6) Tinggi badan :163cm

7) BB sebelum hamil :53kg

8) BB sesudah hamil :67kg

9) LILA :25,2cm

2. Pemeriksaan Fisik

1) Inspeksi

a) Kepala : Tidak ada kelainan

b) Rambut : bersih, tidak ada ketombe, tidak rontok

c) Wajah :

Bentuk : oval

Pucat : tidak ada

Cloasma gravidarum : Tidak ada

d) Mata :Konjuntiva merah muda

Sklera : Putih

e) Mulut dan gigi :

Mukosa bibir lembab, ada karies dan karang gigi.

f) Leher :

Adakah pembesaran kelenjar limfe : Tidak ada

Adakah pembesaran kelenjar tiroid : Tidak ada

Adakah pembendungan vena jugularis : Tidak ada

g) Dada :

Bentuk : simetris

Mamae :

Bentuk : simetris, membesar
 Areola : Hiperpigmentasi Ki/Ka +/-
 Putting susu : Menonjol

h) Abdomen

Bentuk : Membesar sesuai usia kehamilan
 Linea Nigra : tidak ada
 Linea Alba : tidak ada
 Striae Lividae : tidak ada
 Bekas luka operasi : tidak ada

i) Vulva dan anus :

Bentuk : normal, tidak ada kelainan
 Pengeluaran pervaginam : belum ada
 Varises : tidak ada
 Hemoroid : ada
 Oedema : Tidak ada
 Fluor Albus : Tidak ada
 Oedema : Tidak ada

j) Ekstremitas

Bentuk : simetris
 Varises : tidak ada
 Oedema : tidak ada

2) Palpasi

1. Leopold I TFU 3 jari dibawah procesus xyphoideus, pada fundus teraba lunak, agak bundar dan tidak melenting (bokong).
2. Leopold II: pada perut sebelah kiri teraba datar, keras dan memanjang seperti papan(punggung), pada perut sebelah kanan teraba bagian-bagian terkecil janin (Ekstremitas).
3. Leopold III: pada bagian terbawah perut ibu, teraba bulat, keras,dan tidak dapat digoyangkan.
4. Leopold IV: kepala sudah masuk Pintu Atas Panggul (divergen). Penurunan kepala 4/5.

Mc.Donald :30-11x155cm TBBJ: 2790gram

Kontraksi:

1x dalam 10 menit lamanya 20 detik, kandung kemih kosong

3) Auskultasi

DJJ⁺ terdengar jelas dan teratur dibawah pusat ibu bagian kiri dengan frekuensi 125x/menit.

4) Perkusi

Tidak dilakukan

3. Pemeriksaan Dalam

Tanggal :11-09-2016, Jam :09.00 wita

Oleh : Bidan Ummu + Mahasiswa Albertina

- a. Vulva : Tidak ada oedema
- b. Portio : Tipis, lunak
- c. Pembukaan : 4cm
- d. Kantong ketuban : (+) Positif
- e. Bagian terendah : kepala
- f. Posisi : ubun-ubun kecil kanan depan
- g. Molase : tidak ada
- h. Turunan Hodge : I

4. Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium

1) Urine

Reduksi : Tidak dilakukan

Albumin : Tidak dilakukan

2) Darah

HB : Tidak dilakukan

Golongan darah : O

5. Pemeriksaan Khusus

USG : Tidak dilakukan

Rontgen : Tidak dilakukan

II. ANALISA MASALAH DAN DIAGNOSA

Diagnosa	Data Dasar
<p>Dx :</p> <p>G5 P4 A0 AH4, UK 40 minggu, janin hidup, tunggal, presentasi kepala, intra uterin, inpartu kala I fase aktif</p>	<p>DS : ibu mengatakan hamil anak kelima, tidak pernah keguguran, anak hidup empat, dan ibu mengatakan nyeri perut bagian bawah menjalar ke pinggang bagian belakang dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak pukul 22.00 wita.</p> <p>HPHT : 06 - 12- 2015</p> <p>DO: TP:13-09-2016.</p> <p>Pemeriksaan umum</p> <p>Keadaan umum : baik</p> <p>Kesadaran : Composmentis</p> <p>TTV : TD : 110/70 mmHg, N : 82 x/menit, S : 37,5⁰ C, RR : 21 x/menit</p> <p>Pemeriksaan Fisik</p> <p>Rambut :bersih, tidak rontok</p> <p>Wajah : tidak oedema, tidak ada cloasma gravidarum</p> <p>Mata : konjungtiva merah muda, sclera putih</p> <p>Mulut : mukosa bibir lembab dan tidak pucat</p> <p>Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan kelenjar limfe dan tidak ada pembendungan vena jugularis.</p> <p>Esktremitas atas/bawah : tidak ada oedema dan varises, reflek</p>

	<p>patella (+).</p> <p>Palpasi</p> <p>Payudara : colostrum sudah keluar sedikit, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa.</p> <p>Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, kandung kemih kosong.</p> <p>Leopold I : TFU 3 jari di bawah processus xyphoideus, pada fundus teraba bulat, lunak dan tidak melenting.</p> <p>Leopold II : pada perut bagian kiri ibu teraba keras, datar dan memanjang seperti papan dan pada perut bagian kanan ibu teraba bagian terkecil janin.</p> <p>Leopold III : pada bagian bawah rahim ibu teraba bulat, keras dan melenting serta tidak dapat di goyangkan lagi.</p> <p>Leopold IV : divergen, penurunan kepala 4/5</p> <p>Mc Donald : TFU : 30 cm</p> <p>TBBJ : 2790 gram</p> <p>His : 1 kali dalam 10 menit denga durasi waktu 20 detik.</p> <p>Auskultasi</p> <p>DJJ⁺ terdengandr jelas dan teratur dibawah pusat ibu bagian kanan dengan frekuensi 125 x/menit.</p>
--	--

	<p>Periksa Dalam</p> <p>Tanggal : 11 – 09 – 2016, Jam : 09.00 wita</p> <p>VT : V/V tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 4 cm, kantong ketuban utuh, letak kepala, molase tidak ada, TH-I.</p> <p>Pemeriksaan Laboratorium</p> <p>Golongan darah : O</p> <p>Hb : Tidak dilakukan</p>
--	--

III. ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

Perdarahan

Infeksi

IV. TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

V. PERENCANAAN

Tanggal : 11-09-2016 Jam : 19.30 Witta

Diagnosa : G5 P4 A0 AH4, UK 40 minggu, janin hidup, tunggal, presentasi kepala, intra uterin, inpartu kala I fase aktif, keadaan ibu dan janin baik.

1. Lakukan pendekatan dengan ibu.

R/ pendekatan merupakan cara yang tepat untuk menjalin hubungan yang baik dan saling percaya antara ibu dan petugas kesehatan.

2. Lakukan cuci tangan 7 langkah

R/ cuci tangan 7 langka merupakan cara pencegahan infeksi sehingga tidak terjadi pertukaran kuman dari petugas kesehatan kepada pasien atau sebaliknya.

3. Observasi TTV, kontraksi uterus, pembukaan serviks serta penurunan kepala serta informasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga
R/ observasi merupakan cara untuk mendeteksi keadaan patologis yang mungkin terjadi sehingga dapat membahayakan ibu dan janin serta informasi yang baik dan benar merupakan hak pasien.
4. Ajarkan ibu teknik meneran yang baik
R/ cara mengedan yang baik dan benar membantu meperlancar proses persalinan, sehingga dapat menghindari terjadinya ruptur pada perineum.
5. Anjurkan ibu untuk tidur miring kiri
R/ dengan posisi ini dapat mencegah tertekannya vena kava inferior sehingga memperlancar sirkulasi peredaran darah janin dan ibu.
6. Anjurkan ibu makan dan minum disela his
R/ makanan yang bergizi mengandung karbohidrat, protein, lemak dapat menambah tenaga ibu dan minum yang cukup dapat mencegah dehidrasi.
7. Anjurkan ibu untuk berkemih setiap kali ingin berkemih
R/ kandung kemih yang penuh berpotensi untuk menghambat turunnya kepala janin.
8. Siapkan perlengkapan alat, bahan dan obat-obatan yang diperlukan untuk proses.
R/ perlengkapan alat, bahan dan obat-obatan yang diperlukan untuk proses persalinan memudahkan bidan saat menolong persalinan meminimalkan resiko terjadinya penyakit pada ibu dan bayi baru lahir.
9. Siapkan perlengkapan pencegahan infeksi
R/ untuk menghindari terjadinya infeksi dari petugas kesehatan kepada pasien maupun dari pasien kepada petugas kesehatan.

10. Dokumentasikan hasil pemeriksaan

R/ sebagai bahan bukti, tanggung gugat serta tanggung jawab terhadap asuhan yang diberikan.

VI. PELAKSANAAN

Tanggal : 11- 09- 2016 Jam: 09.40 Witta

Diagnosa : G5 P4 A0 AH4, UK 40 minggu, janin hidup, tunggal, presentasi kepala, intra uterin, inpartu kala I fase aktif.

1. Melakukan pendekatan dengan ibu.

M/ sudah terjalin hubungan baik antara ibu dan petugas kesehatan

2. Melakukan cuci tangan 7 langkah

M/ cuci tangan 7 langkah sudah dilakukan dan tangan menjadi bersih.

3. Mengobservasi TTV, kontraksi uterus, pembukaan serviks serta penurunan kepala

Keadaan Umum: baik

Kesadaran : composmentis

TTV : TD: 110/70mmHg

S: 37,5°C

N : 82x/menit

RR: 21x/menit

His 1 x dalam 10 menit lamanya

Djj + terdengar kuat, jelas dan teratur dengan frekuensi 125x/menit

Vt : v/v: tidak ada kelainan, tidak ada oedema, portio teraba tipis, pembukaan 4 cm, kantong ketuban utuh, letak kepala, ubun-ubun kecil kanan depan, tidak ada molase, kepala turun hodge I (4/5).

M/ ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaan.

4. Mengajarkan ibu teknik meneran yang baik yaitu dagu ibu menempel pada dada, kepala ibu sedikit angkat, kedua paha ibu dibuka selebar bahu, kedua tangan ibu merangkul paha usahakan siku tidak menyentuh tempat tidur, pada saat mengedan tidak boleh mengeluarkan suara, tidak angkat bokong atau pantat dan ibu mengedan pusatkan semua tenaga pada perut bagian bawah bukan pada dada.

M/ ibu mengerti dan telah mengikuti ajaran yang diberikan.

5. Mengajarkan ibu untuk tidur miring kiri

M/ ibu sudah tidur miring kiri

6. Mengajarkan ibu untuk makan dan minum di sela his. Makan makanan yang mengandung karbohidrat, lemak, protein, dan mineral seperti nasi, sayur, ikan, tahu, tempe, telur, dan minum air yang cukup.

M/ ibu sudah makan nasi, sayur, ikan dan minum air yang cukup.

7. Mengajarkan ibu untuk berkemih setiap kali ingin berkemih

M/ ibu sudah berkemih \pm 100 cc

8. Menyiapkan alat, bahan dan obat-obatan

- a. Meja resusitasi : lampu sorot 60 watt, perlengkapan resusitasi, O₂, vaksin hepatitis B, salep mata oxytetracyclin, pengisap lendir, kassa steril secukupnya, thermometer, pita cm, nierzeken, stestocope, air DTT pada tempatnya, timbangan yang sudah diberi alas dengan kain, pakaian bayi, popok, kaos kaki dan tangan, baju, topi dan kain.

b. Alat dan obat-obatan

SAFF I

- a) Partus set steril yang terdiri dari clem cocher 2 buah untuk menjepit tali pusat, gunting tali pusat 1 buah, gunting episiotomy 1 buah, $\frac{1}{2}$ coher untuk memecahkan ketuban, handscoen 2 pasang, benang pengikat tali pusat, kassa secukupnya.
- b) Heating set steril yang terdiri dari : pinset anatomis 1 buah, pinset cirugis 1 buah, nailfuder 1 buah, benang cadgut, tampon, handscoen 1 pasang, dan kasa secukupnya.
- c) Nierbeken 2 buah, larutan antiseptic, alkohol > 5%, betadine.

SAFF II

- a) Wadah plastic berisi clorin 0,5% untuk dekontaminasi sarung tangan bekas pakai.
- b) Tempat plasenta yang dilapisi plastik.
- c) Tensimeter dan stetoskop
- d) thermometer
- e) Sarung tangan steril dan kateter steril.

SAF III

- a) Keranjang berisi handuk alas perut ibu, kain penyokong, kain penganti handuk basah, waslap, kain lap untuk dekontaminasi, celana dalam ibu, pembalut, kain panjang dan baju ibu.
- b) Lampu sorot

- c) APD : topi, kacamata, masker, celemek, sepatu booth.
- d) Keranjang infuse
- e) Obat –obatan : oxytosin 10 IU, metergin, salep mata oxytetracilin, vitamin K, Doppler, jelly, dispo 1 cc, dispo 3 cc dan 5 cc.

M/ alat dan obat – oabatan sudah disiapkan

- c. Menyiapkan perlengkapan pencegahan infeksi
 - a. Ember plastik berisi larutan clorin 0,5% untuk dekontaminasikan alat-alat bekas pakai.
 - b. Ember berisi air DTT, tempat pakian kotor, tempat sampah medis dan non medis.

M/ perlengkapan pencegahan infeksi sudah disiapkan.

9. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan

M/ hasil pemeriksaan telah didokumentasikan.

E: Tanggal : 11 September 2016

Jam : 14.30 wita

Diagnose : G5 P4 A0, UK 40 minggu, janin tunggal hidup, intruterin, presentasi kepala, inpartu kala I fase aktif, keadaan ibu dan janin baik.

S: Ibu mengatakan sakitnya semakin sering, dan ingin BAB

O: Tanggal: 11-09-2016 Jam : 14.30 Wita

Ibu tampak kesakitan.

Lakukan pemeriksaan dalam

Indikasi: Ketuban pecah spontan pukul : 14.30 Wita Tanggal 11-09-2016

Tujuan: untuk menilai kemajuan persalinan, atau memastikan pembukaan lengkap.

VT : vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tipis, pembukaan 10 cm, kantong ketuban pecah spontan air ketuban jernih, bagian terendah kepala, posisi belakang kepala, tidak ada molase, kepala Turun Hodge III.

A: Kala II

P :

1. Memperhatikan tanda dan gejala kala II

- a) Siap alat dan siap diri
- b) Pastikan pembukaan lengkap
- c) Siap ibu dan keluarga
- d) Siap tolong
- e) Lahirkan kepala bahu badan
- f) Penanganan bayi baru lahir

I : 1. Memperhatikan tanda dan gejala kala II (dorong meneran, tekanan anus, perineum menonjol, vulva membuka).

2. Memastikan perlengkapan alat dan obat-obatan, mematahkan ampul oksitosin 10IU, dan memasukkan dispo ke dalam baki partus.

3. Memakai APD (masker, celemek, sepatu booth)

4. Mencuci tangan

5. Memakai sarung tangan

6. Mengisap oxytosin 10 iu, dengan dispo 3 cc dan memasukkan kembali kedalam baki partus.

7. Memakai sarung tangan kiri, bersihkan vulva perineum.
8. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap, kepala turun hodge IV dan mengecek apakah ada bagian kecil yang turun
9. Celup sarung tangan kedalam larutan clorin 0,5% dan lepaskan secara terbalik cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
10. Periksa DJJ, frekuensi 125x/menit
11. Beritahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap, keadaan ibu dan janin baik dan ibu boleh meneran bila timbul keinginan untuk meneran.
12. Minta bantuan keluarga menyiapkan posisi meneran sesuai keinginan ibu yang nyaman yaitu posisi setengah duduk.
13. Melakukan pimpinan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran
14. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman beristirahat dan minum di antara his.
15. Saat kepala bayi mulai membuka vulva 5-6 cm, letakan handuk bersih diatas perut ibu.
16. Letakan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
17. Membuka partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
18. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

19. Saat kepala anak bertambah maju, tangan kanan dialasi kain menyokong perineum. Dan tangan kiri diletakan di atas kepala bayi dengan tekanan lembut dan membiarkan kepala turun perlahan-lahan.
20. Setelah kepala lahir periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dengan jari telunjuk
21. Tunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar secara biparietal.dengan lembut gerakan kepala kea rah bawah dan diatas hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemungkinan gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
23. Setelah bahu lahir lakukan sangah
24. Susur
25. Melakukan penilaian selintas
26. Mengeringkan tubuh bayi dengan kain yang diletakan di atas perut ibu, ganti kain basah dengan kain kering, biarkan bayi di atas perut ibu dan selimuti dengan kain.
27. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi janin dalam uterus ib, dan ternyata bayi tunggal.
28. Beritahu ibu bahwa dia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik

29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 iu IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral.
30. Setelah 2 menit pasca persalinan, klem tali pusat dengan klem 1 kira-kira 3 cm dari pusat bayi, lakukan pengurutan kemudian dijepit dengan klem II 2cm dari klem I
31. Memotong dan mengikat talipusat dengan pengikat tali pusat
32. Meletakkan bayi tengkurap didada ibu 1 kontak kulit ibu ke kulit bayi
33. Selimuti bayi dan pakaian bayi

E : Tanggal : 11 september 2016

Jam : 14.55 wita

Parus spontan letak belakang kepala, lahir langsung menangis, bernapas spontan teratur, kulit kemerahan, gerakan aktif, jenis kelamin perempuan.

Kala III

S : ibu mengatakan sedikit mules pada perutnya.

O : kontraksi uterus baik, Tinggi Fundus Uteri 2 jari dibawah pusat, perdarahan pervaginam sedikit

TTV : TD : 110/70 mmHg S : 36,6°C N : 82x/menit

A : kala III

P : 1. PTT (Peregangan Tali Pusat Terkendali)

2. lahirkan plasenta

3. masase uterus

4. observasi perdarahan

34. memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10cm dari vulva
35. meletakkan 1 tangan di atas kain pada perut ibu, ditepi symphysis tangan kanan menegangkan tali pusat
36. setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati ke arah dorsokranial.
37. melakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas
38. segera setelah plasenta terlepas muncul di introitus vagina lahirkan plasenta dengan kedua tangan memegang dan memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian melahirkan plasenta dan tempatkan plasenta pada wadah yang disediakan.
39. segera setelah plasenta lahir lakukan massage uterus dengan gerakan melingkar sehingga uterus berkontraksi (15 kali massage dalam 15 detik).
40. periksa kelengkapan plasenta selaput ketuban dan memasukkan plasenta ke dalam kantong plastik dan tempat khusus.

E: Pukul 15.05 wita

Plasenta lahir spontan, selaput korion dan kotiledon lengkap, perdarahan ± 150 cc, TFU 2 jari dibawah pusat, plasenta berdiameter 20x15x11/2, panjang tali pusat 50 cm, insersi tali pusat latelaris, tidak ada robekan.

Kala IV

Jam :15.10 wita

S : ibu mengatakan legah dan senang setelah melahirkan anaknya, dan ibu merasa sedikit mules pada perutnya.

O : kontraksi uterus baik perdarahan kurang lebih 100 cc, kandung kemih kosong, TFU 2 jari di bawah pusat.

A : Kala IV

P : 1. Pasca tindakan VII

2. evaluasi

3. bersih

4. aman

5. parto

41. evaluasi kemungkinan laserasi vagina dan perineum, tidak ada laserasi di perineum

42. memastikan uterus berkontraksi dengan baik tidak terjadi perdarahan pervaginam mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% membilas tangan dengan air DTT dan keringkan dengan handuk.

43. membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit di dada ibu selama 1 jam

44. setelah 1 jam pemberian Vitamin K 1mg intramuscular di paha kiri anteriorlateral

45. setelah 1 jam pemberian vitamin K berikan suntikan imunisasi HB0 di paha kanan anterolateral.
46. melanjutkan pemantauan kontraksi dan kemungkinan peralatan pervaginam
47. mengajarkan ibu dan keluarga untuk melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
48. mengevaluasi jumlah kehilangan darah.
49. memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam ke dua pasca persalinan.
50. memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5°C-37,5°C)
51. menempatkan semua alat bekas pakai dalam larutan clorin 0,5% untuk dekontaminasi
52. membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
53. membersihkan ibu dengan air DTT, membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah membantu ibu memakai pakaian bersih dan kering

54. memastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memberikan ASI., menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minum dan makan yang diinginkannya
55. mendekontaminasi tempat persalinan dengan larutan clorin 0,5%
56. mencelupkan sarung tangan kotor kedalam larutan clorin 0,5% dan buka seara terbalik dan rendam selama 10 menit
57. mencuci tanganm dengan sabun dan air mengalir
58. melengkapi partograf. Periksa tanda vital dan asuhan kala IV

E: Jam :16.00 wita

Hari/ tanggal : Minggu, 11-september-2016

- a. Menimbang berat badan, mengukur panjang badan, lingkar kepala, lingkar dada, dan lingkar perut.
BB :3400 gr
PB :49cm
LK :34cm
LP :32cm
LD :35cm
- b. Pemberian Vitami K 1mg/ml dip aha kiri
- c. Pemberian salep mata oxytetracylin 1% pada kedua mata bayi
- d. Injeksi vaksin hepatitis B dipaha kanan bayi

- e. Ibu : TTV: TD: 110/70mmHg, S: 36,6°C, N: 82x/menit, RR: 20x/menit, uterus baik 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, perdarahan kurang lebih 25cc, kandung kemih kosong
- f. Bayi RR: 46, S: 36,6°C, warna kulit kemerahan, gerakan aktif, isapan ASI kuat, tali pusat tidak berdarah, BAB :-, BAK: 1`kali.

CATATAN PERKEMBANGAN

NO	HARI/ TANGGAL	JAM	CATATAN PERKEMBANGAN
1	Minggu 11-09-2016	16.25 wita	Subyektif: Ibu mengatakan nyeri pada perut bagian bawah. Obyektif: KU: Baik Kesadaran: Composmentis Mengobservasi TTV: TD: 110/80mmHg RR:20xmenit S : 36,7°C N : 82x/menit ASI : Kanan/Kiri+/ TFU: 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik dan kandung kemih kosong. Assesment: P5 A0 AH5 Post Partum Normal 2 Jam. Penatalaksanaan:
		16.30 Wita	1. Memantau KU ibu, TTV, kontraksi uterus, TFU, perdarahan, dan kandung kemih yaitu TTV dalam batas normal, kontraksi uterus baik, TFU 2 jari di bawah pusat, perdarahan normal, kandung kemih kosong M/ Telah dilakukan pemantauan
		16.35 Wita	2. Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, TTV dalam batas normal, keadaan umum ibu baik. M/ Telah di informasikan pada ibu dan keluarga
		16.36 Wita	3. Menjelaskan pada ibu tanda-tanda bahaya masa nifas seperti perdarahan pada jalan lahir, darah yang keluar lebih

			<p>banyak dari menstruasi, keluar cairan berbau dari jalan lahir, demam, sakit kepala yang tidak hilang walaupun sudah beristirahat, nyeri ulu hati, penglihatan kabur, bengkak pada kaki, tangan dan wajah, muntah berlebihan, sakit saat berkemih atau BAK, payudara merah panas dan terasa sakit, atau ibu kehilangan napsu makan. Bila ibu mengalami salah satu tanda bahaya di atas, maka ibu segera datang kefasilitas pelayanan kesehatan terdekat, atau bidan terdekat.</p> <p>M/ Ibu mengerti dengan apa yang dijelaskan dan bersedia datang ke pelayanan kesehatan atau bidan terdekat apabila mengalami salah satu tanda bahaya.</p>
		16.37 Wita	<p>4. Menganjurkan ibu makan makanan bergizi, seperti nasi, sayuran hijau, lauk pauk (ikan, telur, daging, tahu, tempe).</p> <p>M/ Ibu mau melakukan anjuran yang diberikan.</p>
		16.38 Wita	<p>5. Menganjurkan ibu menyusui bayinya dan ajarkan teknik menyusui yang baik dan benar.</p> <p>M/ Ibu bisa menyusui bayinya dengan baik.</p>
		16.39 Wita	<p>6. Memberitahu ibu mengenai mobilisasi dini ibu mulai dengan miring ke kiri dan miring kanan, kemudian pelan-pelan duduk, apabila tidak pusing ibu berdiri</p>

2	Minggu 11-09-2016	16.40 Wita	<p>dan apa bila tidak pusing ibu bisa mulai jalan sedikit demi sedikit dengan dibantu keluarga atau suami. Jika ibu ada keluhan silahkan ibu langsung beritahu bidan.</p> <p>E/ Ibu mengerti dan bersedia melakukan mobilisasi dini.</p> <p>7. Menganjurkan ibu untuk menjaga personal hygiene seperti ganti pembalut setiap kali ketika basah tanpa menunggu penuh.</p> <p>E/ ibu mengerti untuk menjaga personal hygien.</p> <p>8. Layani obat untuk ibu sesuai dengan anjuran bidan</p> <p>Amoxillin 3 x 500 mg/ per oral</p> <p>SF 1 x 200 mg /per oral</p> <p>Paracetamol 3 x 500 mg/ per oral</p> <p>E/ telah disiapkan untuk ibu.</p>
		16.42 Wita	
		20.00 wita	<p>Subyektif:</p> <p>ibu mengatakan masih merasakan nyeri perut.</p> <p>Obyektif:</p> <p>KU : Baik, Kesadaran: Composmentis</p> <p>Mengobservasi TTV:</p> <p>TD: 110/70mmHg, N: 80x/menit, S:37,2°C, RR: 20x/menit.</p> <p>Assesment:</p> <p>P5 A0 AH5 Post partum normal 8 jam.</p> <p>Penatalaksanaan:</p> <p>12) Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, TTV dalam batas</p>
		20.00 wita	

3	Senin 12-09-2016	20.05 wita	<p>normal serta keadaan ibu dan bayi baik.</p> <p>13) Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga pola makan dengan gizi seimbang dan cukup istirahat agar cepat pulih</p> <p>M/ ibu bersedia untuk menjaga pola makan dengan pola makan dan gizi seimbang dan cukup istirahat..</p>
		20.06 wita	<p>14) Menganjurkan ibu untuk tetap memperhatikan tanda bahaya masa nifas.</p> <p>M/Ibu bersedia melakukannya.</p>
		20.08 wita	<p>15) Menganjurkan ibu sesering mungkin menyusui bayinnya dari kedua payudaranya secara bergantian dengan memberikan ASI eksklusif agar tidak terjadi bendungan ASI</p> <p>M/ Ibu bersedia sesering mungkin menyusui bayinya dan memberikan ASI eksklusif pada bayinya.</p>
		20.10 wita	<p>16) Menganjurkan pada ibu cara merawat tali pusat yaitu dengan sering mengantinya menggunakan kassa steril setelah bayinya dimandikan.</p> <p>M/ibu bersedia dan mengerti cara merawat tali pusat.</p>
		20.11 wita	<p>17) Mengajarkan pada ibu dan keluarga cara massasse abdomen ibu yaitu dengan memijat perut bagian bawah dengan memutar-mutar searag dengan jarum jam.</p> <p>M/ ibu dan keluarga mengerti denhgan cara massesse.</p>
		06.00 wita	<p>18) Menjelaskan pada ibu bhwa mules yang dialaminya adalah hal yang wajar karena terjadi pengembalian uterus ke bentuk</p>

			<p>semula.</p> <p>M/ ibu mengerti tentang wajarnya rasa mules yang dialaminya.</p>
		06.00 wita	<p>Subyektif:</p> <p>Ibu mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>Obyektif:</p> <p>KU: Baik, Kesadaran: Composmentis</p> <p>Mengobservasi TTV</p> <p>TD : 110/70mmHg Nadi: 80x/menit,</p> <p>RR: 19x/menit Suhu : 36,7°C</p> <p>ASI : kanan/kiri +/-</p> <p>TFU : 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik dan kandung kemih kosong.</p> <p>Assesment:</p> <p>P5 A0 AH5 Post Partum Normal 1 hari</p> <p>Penatalaksanaan:</p>
		06.30 Wita	<p>1. Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan</p> <p>M/ TTV dalam batas normal</p>
		06.32 wita	<p>2. Menganjurkan ibu menggantikan pembalut</p> <p>M/ ibu sudah merasa lebih nyaman</p>
		06.35 wita	<p>3. Menganjurkan ibu untuk mengganti pakaian</p> <p>M/ ibu sudah merasa legah dan nyaman .</p>
		07.20 wita	<p>4. Menganjurkan ibu untuk makan makanan bergizi seimbang</p> <p>M/ Ibu sudah makan bubur merah 1 piring, soup ayam kampung 1 mangkok, serta minum 1 gelas air putih.</p>
		10.00	<p>5. Menganjurkan ibu untuk terus menyusui bayinya</p>

		<p>Wita</p> <p>10.05 wita</p> <p>12.30 wita</p> <p>15.30 Wita</p> <p>15.45 Wita</p> <p>17.30 wita</p> <p>17.35 wita</p>	<p>M/ ibu bersedia melakukannya.</p> <p>6. Mengikuti Visite dokter, instruksi dokter: melanjutkan pemberian therapy oral.</p> <p>7. Mengobservasi TTV: TD : 110/70mmHg Nadi: 82x/menit S :37,5°C RR: 20x/menit M/ TTV dalam batas normal.</p> <p>8. Menganjurkan ibu untuk makan siang M/ ibu sudah makan bubur 1 piring, sayur bayam, dan daging ayam 2 potong.</p> <p>9. Mengobservasi TTV: TD: 120/70mmHg Nadi:82x/menit RR : 20x/menit Suhu :37,5°C TFU :2 jari di bawah pusat M/ TTV dalam batas normal.</p> <p>10. Menganjurkan ibu untuk mengganti pembalut M/pembalut telah diganti dan ibu merasa nyaman</p> <p>11. Mengobservasi TTV TD: 120/70mmHg Nadi:80x/menit Suhu :37,5°C RR :20x/menit.</p>
4.	Selasa 13-09-2016	06.00 Wita	<p>Subyektif: Ibu mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>Obyektif: KU: Baik, Kesadaran: Composmentis Mengobservasi TTV TD: 110/70mmHg Nadi: 80x/menit S : 37,5°C RR :20x/menit TFU :2 jari di bawah pusat.</p> <p>Assesment:</p>

			<p>P5 A0 AH5 Post Partum Normal 2 Hari</p> <p>Penatalaksanaan:</p>
		06.40 wita	1. Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan M/ TTV dalam batas normal
		07.00 wita	2. Menganjurkan ibu untuk makan pagi M/ ibu sudah makan nasi 1 piring, telur 1 butir, dan sayur bayam 1 mangkuk.
		07.30 wita	3. Menganjurkan ibu mengganti pembalut dan pakaian M/ Ibu telah mengganti pembalut dan pakaian dan ibu sudah merasa nyaman.
		07.45 Wita	4. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI pada bayinya M/ ASI telah diberikan.
		08.00 Wita	5. Memberikan ibu Therapy sesuai dosis, Amoxilin 3x 500mg/oral, SF 1x200mg/oral, Paracetamol 3x500mg/oral M/ obat telah diminum sesuai dosis.
		08.15 Wita	6. Menganjurkan ibu tentang kebutuhan eliminasi M/ ibu mengatakan sudah BAK sering, kira-kira 5 kali sehari, dan BAB sudah 1 kali.
		10.00 Wita	7. Mengikuti visite dokter, instruksi dokter M/ melanjutkan pemberian therapy.
		11.00 wita	8. Memberikan KIE pada ibu tentang bagaimana menjaga personal Hygien Yaitu: mandi 2x sehari, gosok gigi 2x sehari, keramas 3x seminggu, mengganti Celana dalam jika sudah terasa lembab, selalu membasuh vagina dengan kain atau handuk kering setelah BAB/BAK, mencebok yang

		12.00 wita	<p>benar seperti dari arah depan ke belakang. M/ Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.</p> <p>9. Mengobservasi Tanda-Tanda Vital TD: 110/70mmHg N:82x/menit RR :19xmenit S: 37,5°C TFU 2 jari di bawah Pusat.</p>
		12.30 wita	<p>10. Menganjurkan ibu untuk makan siang M/ ibu sudah makan dengan nasi 1 piring, soup 1 mangkuk, dan telur rebus 1 butir.</p>
		12.40 Wita	<p>11. Menganjurkan ibu untuk mengganti pembalut dan pakaian. M/ ibu telah mengganti pembalut dan pakaian</p>
		13.00 Wita	<p>12. Meberikan KIE pada ibu untuk menjaga kebutuhan tidur dan istirahat, seperti tidur malam 7-8 jam/ hari, siang 1-2 jam/hari. M/ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.</p>
		15.00 Wita	<p>13. Mengobservasi Tanda-tanda Vital TD: 110/70mmHg Nadi :80x/menit S : 37,5°C RR : 19xmenit TFU 2 jari dibawah pusat M/ TTV dalam batas normal.</p>
		11.00 wita	<p>14. Memberikan KIE pada ibu cara pemberian ASI yang benar, seperti biasanya posisi ibu</p>

			<p>harus duduk/ setengah duduk, dimana posisi kepala bayi tidak boleh menoleh kearah payudara tetapi harus sejajar dengan badannya agar bayi bisa menelan, kemudian payudara bagian areola harus masuk ke mulut bayi, serta hidung bayi tidak boleh tertekan oleh payudara.</p> <p>M/ ibu mengatakan sudah mengetahui cara pemberian ASI yang benar.</p>
		15.00 Wita	<p>15. Mengobservasi Tanda-tanda Vital</p> <p>TD : 110/70mmHg N: 82x/menit</p> <p>RR : 20x/menit S: 37,5°C</p> <p>TFU 2 jari dibawah pusat</p> <p>M/ TTV dalam batas Normal.</p>
		16.30 wita	<p>16. Memberikan KIE pada ibu bagaimana pentingnya perawatan payudara setelah melahirkan, bertujuan untuk melancarkan sirkulasi darah, dan mencegah tersumbatnya saluran susu, sehingga memperlancar pengeluaran ASI. Dengan cara:</p>
		17.00 wita	<p>17. Ambil kapas yang sudah diberi baby oil tempelkan pada putting payudara</p>

			<p>2. licinkan kedua tangan dengan baby oil</p> <p>3. tempatkan kedua telapak tangan diantara kedua payudara.</p> <p>4. lakukan pengurutan dimulai dari arah atas, kesamping lalu kebawah.</p> <p>5. bersihkan payudara dari bekas minyak dengan menggunakan waslap basah dan hangat</p> <p>6. lap payudara ibu dengan handuk kecil, gunakan handuk kering untuk mengelap.</p> <p>M/ ibu mengerti dan telah dilakukan pada ibu.</p>
		18.00 wita	<p>18. Observasi Tanda-tanda Vital</p> <p>TD: 110/70mmHg RR: 20x/menit</p> <p>N : 82x/menit Suhu : 37,5°C</p> <p>TFU 2jari di bawah pusat</p> <p>M/ TTV dalam batas normal.</p>
		20.00 wita	<p>19. Menganjurkan ibu makan malam</p> <p>M/ ibu sudah makan nasi 1 piring, soup 1 mangkuk, dan tempe tahu 1 porsi, dan ibu sudah minum air putih.</p>
5.	Rabu 14-09-2016	06.00 wita	<p>Subyektif: Ibu mengatakan sudah tidak ada keluhan lagi.</p> <p>Obyektif: KU : Baik, Kesadaran : Composmentis</p>

			<p>Mengobservasi TTV:</p> <p>TD : 110/70mmHg N: 80x/menit</p> <p>S : 37,2°C RR : 20x/menit</p> <p>TFU 1 Jari dibawah pusat</p> <p>Assesment:</p> <p>P5 A0 AH5 Post Partum Normal 3 hari</p> <p>Penatalaksanaan:</p>
		06.20 wita	1. Menginformasikan pada ibu hasil pemeriksaan
			M/ TTV dalam batas normal
		07.30 wita	2. Menganjurkan ibu untuk mengganti pembalut dan pakaian
			M/ ibu sudah mengantinya dan ibu merasa nyaman
		08.00 wita	3. Menganjurkan ibu makan pagi
			M/ ibu sudah makan 1 piring nasi, 1 potong ikan, 1 mangkuk sayur bayam, dan sudah minum 1 gelas air putih.
		08.30 wita	4. Meberikan ibu therapy sesuai dosis
			Yaitu Amoxilin 3 x 500 mg/oral, SF 1x200mg/oral, Paracetamol 3 x 500mg/oral
			M/ obat telah diminum oleh ibu.
		09.00 wita	5. Mengikuti Visite dokter, instruksi dokter: melanjutkan pemberian therapy oral, dan ibu sudah bisa pulang hari ini.
			M/ ibu senang dengan informasi yang diberikan.
		09.15 wita	6. Menganjurkan ibu untuk menggunakan salah

			<p>satu alat kontrasepsi seperti IUD, Implat, Suntik, Pil, dan Kondom.</p> <p>M/ Ibu bersedia menggunakan Alat kontrasepsi IUD.</p>
		09.30 wita	<p>7. Menganjurkan pada ibu untuk terus memberikan ASI eksklusif kepada bayinnya hingga bayi berusia 6 bulan.</p> <p>M/ ibu bersedia melakukannya.</p>
		10.00 wita	<p>8. Mengobservasi TTV</p> <p>TD : 110/70mmHg RR: 21x/menit</p> <p>S : 37,5°C N : 81x/menit</p> <p>TFU 1 jari dibawah pusat.</p> <p>M/ TTV dalam batas normal.</p>
		10.15 .wita	<p>9. Memberikan informasi ulang kepada ibu untuk memperhatikan pola gizi seimbang, menjaga personal hygien, menjaga pola istirahat cukup, minum obat teratur sesuai dosis, memperhatikan tanda-tanda bahaya masa nifas.</p> <p>E/ ibu mengerti dengan informasi yang diberikan.</p>
		10.20 wita	<p>10. Menganjurkan pada ibu untuk control ulang 3 hari kemudian atau sewaktu-waktu jika ada keluhan.</p> <p>M/ ibu bersedia untuk control 3 hari kemudian atau sewaktu-waktu jika terdapat keluhan.</p>

KUNJUNGAN RUMAH

Hari/ Tanggal : Kamis 15 September, 2016

Jam : 07.30 Wita

Kunjungan Rumah Pertama.

Subyektif :

Ibu mengatakan sudah merasa lebih baik, dan tidak ada keluhan

Obyektif :

KU : Baik, Kesadaran Composmentis, TTV: TD: 110/70mmHg, N:81x/menit, S : 37,5⁰C , RR :20x/,menit. Pemeriksaan Fisik: Wajah: tidak pucat, dan tidak oedema, Konjungtiva: Merahmuda, sclera: putih, mukosa bibir lembab. Payudara tidak bengkak, tidak merah, puting susu tidak lecet, pengeluaran ASI kiri dan kanan banyak. Abdomen: TFU 1 Jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, involusi uteri baik, kandung kemih kosong, dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Pengeluaran lochea sanguinolenta, perdarahan sedikit, ibu sudah BAK, dan belum BAB, tidak ada haemoroid. Ekstremitas: tidak ada oedema pada tangan dan kaki.

Assesment :

P5 A0 AH5 Post partum normal hari ke 4.

Penatalaksanaan :

1. Mengobservasi keadaan umum ibu
Keadaan umum baik.
2. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu. KU ibu baik, TTV dalam batas normal, TFU 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Ibu merasa senang dan mengerti dengan hasil pemeriksaan
3. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI sesering mungkin. Ibu sudah memberikan ASI pada bayi setiap kali bayi membutuhkan.
4. Menganjurkan ibu untuk tetap beristirahat yang cukup, agar ibu jangan terlalu kecapean. Ibu mengerti dengan informasi yang diberikan.
5. Menganjurkan ibu agar tidak melakukan hubungan seksual bersama suami, ibu baru boleh melakukan hubungan seksual apabila sudah lewat 40 hari/ setelah darah bersih. Ibu menerima informasi yang diberikan dengan baik.
6. Menjelaskan pada ibu tanda bahaya pada bayi baru lahir seperti bayi tidak mau menyusu, kejang-kejang, lemah, sesak napas, merintih, bayi menangis terusmenerus, tali pusat kemerahan, berbau dan bernanah, kulit dan mata bayi kuning, dan diare lebih dari 3 kali sehari.

Ibu mengerti dengan informasi tanda bahaya pada bayi.
7. Menjelaskan pada ibu cara merawat tali pusat bayi dengan cara selalu mencuci tangan dengan air mengalir sebelum dan sesudah

memegang bayi, kemudian jangan memberikan apapun pada tali pusat bayi, dan bila tali pusat kotor atau basah, cuci dengan air bersih dan sabun mandi bayi, kemudian keringkan dengan kain bersih.

Ibu mengerti dan akan mengikutinya.

8. Meganjurkan ibu untuk minum obat yang diberikan secara teratur.

Ibu sudah minum obat yang diberikan secara teratur.

9. Memberitahukan pada ibu untuk control ulang pada hari sabtu 17-09-2016. Ibu menerima informasi dan akan control pada hari yang ditentukan.

Hari/ Tanggal : Jumad 16 September, 2016

Jam : 07.30 Wita

Kunjungan Rumah Kedua.

Subyektif :

Ibu mengatakan sudah lebih baik dan tidak ada keluhan

Obyektif :

KU : Baik, Kesadaran Composmentis, TTV: TD: 110/80mmHg, N:81x/menit, S : 37,5⁰C , RR :20x/,menit. Pemeriksaan Fisik: Wajah: tidak pucat, dan tidak oedema, Konjungtiva: Merahmuda, sclera: putih, mukosa bibir lembab. Payudara tidak bengkak, tidak merah, putting susu tidak lecet, pengeluaran ASI kiri dan kanan banyak. Abdomen: TFU 1 Jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, involusi uteri baik, kandung kemih kosong, dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Pengeluaran lochea sanguinolenta, perdarahan sedikit, ibu sudah BAK, dan sudah BAB, tidak ada haemoroid. Ekstresmitas: tidak ada oedema pada tangan dan kaki.

Assesment :

P5 A0 AH5 Post partum normal hari ke 5.

Penatalaksanaan :

1. Mengobservasi keadaan umum ibu

Keadaan umum baik.

2. Menginfomasikan hasil pemeriksaan pada ibu. KU ibu baik, TTV dalam batas normal, TFU 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Ibu merasa senang dan mengerti dengan hasil pemeriksaan
3. Menganjurkan ibu untuk membawa bayinya ke puskesmas untuk mendapatkan imunisasi. Ibu akan membawa bayinnya untuk diimunisasi.
4. Menganjurkan pada ibu setelah 40 hari ibu harus menggunakan kontrasepsi. Ibu sudah mengerti dan akan memilih untuk menggunakan kontrasepsi IUD.
5. Menganjurkan ibu untuk tetap mengkonsumsi makanan bergizi seimbang. Sehingga dapat memenuhi kebutuhan ASI pada Bayi dan juga nutrisi bagi ibu.

Hari/ Tanggal : sabtu 17 September, 2016

Jam : 07.30 Wita

Kunjungan Rumah Ketiga

Subyektif :

Ibu mengatakan tidak ada keluhan lagi.

Obyektif :

KU : Baik, Kesadaran Composmentis, TTV: TD: 100/80mmHg, N:81x/menit, S : 37,5⁰C , RR :20x/,menit. Pemeriksaan Fisik: Wajah: tidak pucat, dan tidak oedema, Konjungtiva: Merahmuda, sclera: putih, mukosa bibir lembab. Payudara tidak bengkak, tidak merah, putting susu tidak lecet, pengeluaran ASI kiri dan kanan banyak. Abdomen: TFU 1 Jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, involusi uteri baik, kandung kemih kosong, dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Pengeluaran lochea sanguinolenta, perdarahan sedikit, ibu sudah BAK, dan sudah BAB, tidak ada haemoroid. Ekstremitas: tidak ada oedema pada tangan dan kaki.

Assesment :

P5 A0 AH5 Post partum normal hari ke 6.

Penatalaksanaan :

1. Mengobservasi keadaan umum ibu

Keadaan umum baik.

2. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu. KU ibu baik, TTV dalam batas normal, TFU 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Ibu merasa senang dan mengerti dengan hasil pemeriksaan
3. Menginformasikan pada ibu untuk control pada hari ini di puskesmas sikumana. Ibu akan bersiap-siap untuk pergi control
4. Menganjurkan ibu untuk tetap beristirahat dengan teratur dan cukup. Ibu mengerti dengan informasi yang diberikan
5. Menganjurkan ibu tetap menjaga kebersihan diri. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

LEMBAR OBSERVASI

Hari/ Tanggal	Jam	His dalam 10 menit		DJJ	TD	Suhu	Nadi	Pemeriksaan Dalam
		Berapa kali	lama					
Minggu 11- 09- 2016	09.00	1x	20-30"	125x	110/ 70	37,5° C	82x	Vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tipis lunak, Ø 4 cm, KK (-), bagian terendaj : kepala, tidak ada molase, Kepala TH- III.
	09.30	2x	20-30"	129x			80x	
	10.00	3x	30-40"	131x			82x	
	10.30	3x	30-40"	131x			80x	
	11.00	3x	30-40"	123x		37,0° C	80x	
	11.30	3x	30-40"	123x			80x	
	12.00	3x	40-45"	120x			80x	
	12.30	3x	40-45"	121x			80x	Vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tipis lunak, Ø 7 cm, KK (-), bagian terendaj : kepala, tidak ada molase.
	13.00	3x	40-45"	125x	120/ 70	37,5° C	85x	
	13.30	4x	40-45"	130x			85x	
	14.00	5x	40-45"	125x			85x	Vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio

								tipis lunak, Ø 10 cm, KK (+), bagian terendah : kepala, ubun- ubun kecil kanan depan, tidak ada molase, kepala turun H- III
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Lampiran 2



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STIKes CHM-K)
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
Jl. MANAFE No. 17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia

LEMBAR KONSULTASI REVISI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Albertina Y. Langkameng
Nim : 132111151
Pembimbing II : Regina Frans, SST

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf
1	10-03-2017	- Revisi - Askeb - Partograf.	
2	23-05-2017.	Acc	
3			
4			
5			



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN**
Jl. Manafe No. 17 Kota Baru Oebufu Kupang
Tlp/Faks. (62-0380) 8553961/8553590
Kupang-NTT Indonesia, e-mail : stikeschmk@yahoo.com

LEMBAR KONSULTASI REVISI STUDI KASUS

Nama : Albertina Y. Langkameng
NIM : 132111151
Penguji : Frida Sisternike Pay, SST., M.Kes

No	Hari/Tanggal	Materi Pembimbing	Paraf
1	07-02-2017	<ul style="list-style-type: none"> ① Adul ② Tekelle roshy ③ Krop Mub ④ Pembekuan 	
2	10-02-2017	Revisi	
3	6-05-2017		
4			
5			